ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ, РОССИЯ

**РЕФОРМЫ ОПЛАТЫ НА ПЯТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ
УЧАСТКАХ**

Подготовлено по заданию 5761.065
Доктором философии Джеком Лангербруннером

Номер контракта АМР ССН-0004-С-00-4023-00
Осуществляемый Абт. Ассоусейтс Инк.
Имеющим офисы в Бетезде, Мэриленд, США
Москве, Россия; Алматы, Казахстан; Киеве, Украина

Март 1997 г.

Тверская область, Россия: Реформы оплаты на пяти экспериментальных учреждениях

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
1.0 Тверская область: описание	5
1.1 Здравоохранение	5
1.2 Реформы в секторе здравоохранения	11
2.0 Донорское сотрудничество: ЗдравРеформа и Мировой Банк	15
2.1 Основание для сотрудничества	15
2.2 Определение времени деятельности донорского сотрудничества	20
3.0 Методы и объем помощи	20
3.1 Определение экспериментальных учреждений	20
3.2 Определение стратегии экспериментального учреждения	22
4.0 Данные, результаты, предварительные воздействия	29
4.1 Фрагментарность притока фондов	30
4.2 Глобальные бюджеты	31
4.3 Автономия предприятий	33
4.4 Качество / штрафы и премии для врачей	33
4.5 Подготовка по первичной медицинской помощи	34
5.0 Отчеты экспериментальных учреждений	34
5.1 Областная детская больница	35
5.2 Больница / поликлиника № 6	37
5.3 Больница / поликлиника № 1	39
5.4 Район Вышний Волчок	40
5.5 Кувшиновский район	43
6.0 Заключение	45
Библиография	47

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данная работа документирует реформы системы здравоохранения, которые проводились и продолжают проводиться в Тверской области России. Реформы отражают совместную работу людей, определяющих направления в политике в секторе здравоохранения, руководителей здравоохранения и врачей Твери, а также Агенства США по Международному Развитию и Мирового Банка за период с конца 1994 года и до середины 1995 года.

Работа состоит из шести частей. В первой части дается описание Тверской области, ее системы здравоохранения, а также достижений в реформировании системы здравоохранения с начала 1990 годов. Во второй части дается обоснование целесообразности сотрудничества *ЗдравРеформы* и Мирового Банка в данной области. В третьей части описывается каким образом происходил отбор базовых моделей и как проходила разработка мероприятий для них.

В четвертой части приводятся разного рода результаты, полученные при проведении реформ в системе здравоохранения, а также, что делает данную работу наиболее значимой, фрагментарно прослеживается приток капитала, неполная реализация федеральной реформы страхования и препятствия на пути внедрения глобального (непостоянного) финансирования. В пятой части еще более детально описываются планы и результаты проведения реформ в каждом учреждении, являвшемся базовой моделью. Часть шестая - обобщение и выводы.

Одним из примеров достижений в Твери является тот факт, что Губернатор области приостановил действие законодательных актов в области здравоохранения для всех базовых моделей областного подчинения, что позволило начать реструктуризацию и внедрение реформ; введение на базовых моделях общего финансирования, что способствует более рациональному распоряжению ресурсами; разработка новых систем улучшения качества; и расширение автономии на уровне медицинского учреждения, что привело к изменению отношения к работе и поведению, новаторству и повышению производительности труда среди работников здравоохранения.

В то же время на уровне федерального законодательства и местной администрации все еще существуют серьезные препятствия, которые затрудняют проведение реформ, приводит к получению уже упомянутых выше раздробленных данных, неадекватному уровню финансирования, что в свою очередь не позволяет ввести глобальное финансирование и способствует безбедному существованию традиционной карательной системы обеспечения качества в здравоохранении и сдерживает развитие информационных систем управления и подготовку врачей первичной медицинской помощи.

СОКРАЩЕНИЯ

НУК	Непрерывное улучшение качества
КДЛЦ	Консультационные, диагностические и лечебные центры
ГПД	Группа с похожим диагнозом
ОП	Общая практика / общий практик
ЕИМП	Единица интенсивной медицинской помощи
МЭС	Медико-экономические стандарты
СМИ	Системы Менеджмента и Информации
ТФМС	Территориальный Фонд Медицинского Страхования
ААМР	Американское Агентство по Международному Развитию

1.0 ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ: ОПИСАНИЕ

Тверская область расположена между Московской и Санкт-Петербургской областями. Из-за своей территории в 84,000 кв. км она является одной из самых больших географических областей в центральной части Российской Федерации. Область насчитывает 1,570,000 жителей при низкой плотности населения и множестве населенных пунктов с менее чем 10,000 населения. Основными видами хозяйствования являются сельское хозяйство и крупные предприятия по производству, например, экскаваторов, текстиля, химических продуктов, машиностроению и печатанию. Многие из этих предприятий в настоящее время используются в недостаточной степени.

1.1 Здравоохранение

Статус областного здравоохранения и вопросы медицинской помощи суммированы в Таблице 1. В Твери большое количество престарелого населения (22% населения составляют люди старше 60 лет). Показатели смертности растут из-за увеличившегося количества происшествий, злоупотребления алкоголем и онкологических заболеваний; только за один год (1992-93) этот показатель подскочил с 16.0 до 19.4 на 1,000. Рождаемость снизилась от 8.7 на 1,000 в 1992 году до 7.7 в 1993 и 1994 годах. Показатель смертности новорожденных в 1993 году составил 21.0 на 1,000 живых рождений (для сравнения, в США этот показатель составил 9.0 на 1,000).

С точки зрения ресурсов здравоохранения область страдает от слишком маленького финансирования - только \$118 на человека в год в 1993 году - и от слабого использования имеющихся фондов, которые больше сосредоточены на вложениях в систему здравоохранения, чем на медицинских результатах. Специализация более направлена на общую, чем на первичную медицинскую помощь. В результате чего оказалось слишком много врачей общей практики (3.8 на 1,000 населения в 1994 году) и слишком мало врачей первичной медицинской помощи (21% врачей). Существует слишком много больничных коек (12.9 на 1,000 населения) и неоправданно высокое количество поступлений на душу населения (21.3 на 1,000 населения).¹ Отчисления на здравоохранение поступают либо из местных или «прикрепленных» налогов (например, на воду и на землю) или от «регулируемых» доходов федерального правительства, таких как налог на прибыль и НДС. Закон определяет часть регулируемых налогов, которая идет в федеральное правительство и часть, которая идет в область. Районы могут взимать некоторые дополнительные налоги и удерживать доходы, которые они получают. В дополнение

¹ Как указывает Таблица 1 статистика по Тверской области схожа со статистикой по России в целом, где существуют проблемы как относительно (1) общего финансирования здравоохранения, так и в отношении (2) эффективности или относительной стоимости способа расходования фондов на услуги здравоохранения. Традиционно, сектор здравоохранения рассматривался как сектор «непроизводительных» услуг, и финансировался из остаточных фондов после того, как были профинансированы другие программы. Хроническое недофинансирование совпадало со слабыми и часто превратными стимулами к использованию фондов на услуги. Для более детального обзора по России в целом смотрите, например, *План Действия ЗдравРеформы по России*, ноябрь 1994 года.

в 1993 году был введен новый 3.6-% налог с заработной платы на обязательное медицинское страхование. Налог с заработной платы собирается Территориальным Фондом Медицинского Страхования (ТФМС) на областном уровне. Он переправляет 0.2% в Федеральный Фонд Медицинского Страхования, который отвечает за надзор и предоставление дотаций экономически отстающим областям. Децентрализация и введение налога с заработной платы радикально изменили модель финансирования здравоохранения. Например, в 1994 году большинство средств (около 71%) на здравоохранение в России были получены из местных (областных или районных) бюджетов, а 18% поступили из доходов ТФМС (Мировой Банк, 1996). Только 10% затрат на здравоохранение были покрыты федеральным бюджетом, и это финансирование было направлено на приобретение дорогого оборудования и на программы общественного здравоохранения, а также на инициативы по борьбе со СПИДом, на помощь жертвам Чернобыля и на эпидемиологический контроль. Очень важно то, что глобальные бюджеты на здравоохранение и другие отраслевые бюджеты из областной администрации здравоохранения могут быть перераспределены - если это необходимо - между секторами на районном уровне.

Бюджеты на здравоохранение, в некоторой степени, все еще разрабатываются и распределяются для учреждений в соответствие с категориями традиционных 18 статей и по основным «объемам», таким как количество коек и штата, а не по «результатам», таким как приписанное население, предоставляемые услуги или изменения статуса населения. Бюджетная система основывается прежде всего на отчислениях, а бюджеты покрывают лишь одну треть нужд финансирования согласно местному управлению. Федеральные нормативы и предписания часто обостряют неадекватность бюджетов. Например, в конце 1994 года по Указу Президента работникам здравоохранения была увеличена заработная плата без соответствующих ассигнований.

Таблица 1
Данные по Тверской области и Российской Федерации
(1991 - 1994)

	1991	1992	1993	1994	Россия (1994)
<u>Категория</u>					
Демографическая					
Население (тысячи)	1669.2	1660.5	1656.2	1647.5	148,200.0
% 0 - 18	н/д	26.0	25.8	25.6	н/д
% 19 - 64	н/д	59.2	58.8	58.5	н/д
% 65+	н/д	14.8	15.4	15.9	н/д
% Женщин	54.7	54.7	54.6	54.6	н/д
% Сельских жителей	28.2	28.1	28.0	28.2	26.9
Инфраструктура					
Врачей (на 1,000 населения)	3.8	3.7	3.7	3.8	3.9 (1993)
Соотношение ОП/врачей	21.0	22.0	22.0	21.0	15.0
Больничных коек (на 1,000 населения)	13.5	13.1	13.0	12.9	12.2 (1993)
Использование ресурсов					
Больничных поступлений (как % населения)	21.4	20.0	20.6	21.3	21.0
Койко-дней на душу населения	3.7	3.5	3.6	3.7	н/д
Показатели занятости (в %)	74.7	71.3	75.1	79.4	н/д
Средняя продолжительность пребывания (дней)	17.1	17.7	17.3	17.2	17.0
Контакты (на человека в год)	н/д	н/д	6.4	7.7	8.9

Таблица 1
Данные по Тверской области и Российской Федерации
(продолжение)

Категория	1991	1992	1993	1994	Россия (1994)
Модели расходования					
Общественное расходование	165	1842	24.502	138.494	н/д
На душу	169	244	324	н/д	н/д
Действительно на душу (ИЦП)	127	87	118	н/д	н/д
На душу (\$ US					
Больница (%)	н/д	н/д	н/д	н/д	69.0
Амбулатория (%)		н/д	н/д	н/д	н/д
Аптеки (%)		н/д	н/д	н/д	н/д
Результаты					
Показатель несвоевременных родов (на 000)	10.1	8.7	7.7	7.7	9.5
Показатель преждевременных смертей (на 000)	14.7	16.0	19.4	21.0	15.5
Смертность новорожденных (на 000)	19.6	18.6	21.5	19.5	19.0
Рождение недоношенных (% < 2500 г)	5.6	6.0	6.0	7.1	н/д
Абортов (на рожденных живыми)	н/д	1.86	1.87	2.0	н/д
Смерть по причине (на 000,000)					
Инфекций и паразитов	10.0	11.7	14.7	17.0	н/д
Злокачественных новообразований	233.5	234.2	246.0	239.5	206.6
Циркулярной системы	914.5	992.9	1192.4	1310.9	837.3
Респираторной системы	65.7	64.6	98.9	101.1	н/д
Травм и отравлений	173.6	218.0	293.8	337.5	250.7
Продолжительность жизни (от рождения)					
Мужчины	61.9	60.2	56.7	н/д	58.2
Женщины	74.2	73.4	71.0	н/д	71.6
Источники: Тверская администрация здравоохранения, 1995; Мировой Банк, 1995; 1996					

1.2 Реформы в секторе здравоохранения

Согласно Областному управлению здравоохранения, около 60% всех текущих (1995 г.) расходов на здравоохранение направлены на стационарную медицинскую помощь (по сравнению с 45-50% в большинстве стран), 24.6% - на амбулаторную помощь, 5.2% - на стоматологическую помощь и 13.2% - на скорую медицинскую помощь (станции скорой помощи и помощь совместно со стационарными учреждениями). Общими долгосрочными задачами областного сектора здравоохранения являются - повышение эффективности и улучшение качества путем движения в сторону амбулаторной первичной медицинской помощи.

Финансирование здравоохранения. Тверская область страдает от фрагментарной и неполной системы внедрения законодательства по страховой реформе, которая предусматривает объединение фондов для целей страхования и платежей. Изменения по Федеральному Закону 1993 года о Реформе Медицинского Страхования внедрялись медленно и до сих пор продолжается переходный период.

Существует, по крайней мере, четыре различных системы для финансирования медицинских услуг:

1. процесс областного бюджетного финансирования здравоохранения, который производит оплату 28 областными учреждениями;
2. ТФМС, который собирает налог на заработную плату с работающего населения в 27 из 36 районов и подушную оплату с неработающего населения. ТФМС производит выплаты учреждениям и обеспечителям услуг в этих 27 районах, которые имеют в общем 50 учреждений;
3. центральные районные больницы и поликлиники, которые финансируются из районных бюджетов, в оставшихся районах; и
4. некоторые предприятия (например, предприятия обороны), которые разработали и продолжают использовать свои собственные системы медицинской помощи.

Учреждения в городе Тверь частично финансируются из областного бюджета, а частично из ТФМС. Существуют также «внутрирайонные» учреждения по направлениям; они были построены за счет областных фондов, но районы все еще отвечают за каждое направление. И, как в каждой области, существуют федеральные дотации на инициативы общественного здравоохранения и на специализированные учреждения медицинской помощи.

В то время как ТФМС оплачивает медицинскую помощь в большинстве районов, эти зоны в основном являются сельскими. Так, согласно Областному управлению здравоохранения, в июне 1996 года процент ТФМС в общем финансировании в области составил всего лишь 30%. ТФМС имеет отдельное количество средств, которое поступает от Федерального Фонда Медицинского Страхования на оборудование, а решения по оборудованию принимаются совместно с Областным управлением здравоохранения. Заявки на большое количество оборудования могут направляться либо в ТФМС, либо в Областную администрацию здравоохранения. Существует два посредника по страхованию, но ни один из них не является достаточно большим или (очевидно) уже аккредитованным.

Системы оплаты. До 1994 года системы оплаты полагались на традиционные подходы - зарплату и охрану труда независимо от выполнения работы. Например, зарплата главного врача скорее зависит от количества коек в его учреждении, чем от выполнения работы или от результатов.

Некоторые реформы по финансированию и предоставлению услуг начали появляться в конце 1994 года. Они включали:

- новые источники финансирования, включая выборочные контракты с фирмами, платежи из собственного кармана и 14 дополнительных (добровольных) страховых компаний;
- новые подходы ТФСМ к оплате на основе количества амбулаторных приемов и внедрение оплаты за стационарную медицинскую помощь в девяти районах на основе оплаты за случай болезни. Подход к оплате за случай болезни основывается на Медицинских Экономических Стандартах (МЭС), используя диагностические категории ICD, местную процедуру и систему фармацевтического кодирования. В результате, эта новая система была урегулирована на основе случая болезни для учреждения и для диагноза. Областная администрация здравоохранения также начала платить Областной детской больнице по системе оплаты за случай болезни, хотя оставшиеся областные стационарные и амбулаторные учреждения продолжают оплачиваться по традиционным 18 бюджетным статьям, используя нормы потребления;
- Больничные врачи остаются на зарплате и уровни зарплаты делятся на 18 категорий на основе специализации, должности, подготовки и квалификаций. Около 40% объема зарплаты, однако, проводится как «удержание» для выплаты поощрительных премий. Обзор примера районов показал общую модель, по которой больничные

врачи в среднем получают больше, чем их коллеги в поликлиниках, а специалисты получают больше, чем терапевты;

- введение нового метода учета затрат в одной центральной районной больнице; 50 других учреждений в области ввели какую-то систему учета затрат;
- введение контроля качества, используя систему штрафов за плохую практику и должностные нарушения; и
- отдельные сокращения штата ниже федеральных пределов уровней штата.

В общем, местные управленцы выразили интерес к разработке и внедрению новых подходов, но они ограничены в том, что они могут сделать по федеральным стандартам в отношении зарплат (например, зарплата главных врачей), приема на работу и увольнения, методов оплаты, нормативов и рамок лицензирования. А также, потому, что подход к оплате на основе случая болезни и приема для стационарной и амбулаторной медицинской помощи соответственно создал стимулы для увеличения объема, ТФСМ практически немедленно начал проверять способы ограничения трат учреждения.

Подтверждение качества. Традиционная (и для основной части все еще существующая) система полагается в вопросах качества в каждом учреждении на заведующих отделениями и координатора на уровне учреждения. Когда возникают основные спорные события, то они обычно проверяются комиссией, состоящей из персонала учреждения.

В каждом районе есть назначенный специалист по качеству; на областном уровне также существуют специалисты по областям медицинской помощи (например, онкология, туберкулез) которые периодически проверяют медицинские записи о пациентах, а также структуру и процессы медицинской помощи в учреждениях области. Например, специалист обычно посещает центральную районную больницу 5-6 раз в году для обсуждения с главным врачом или координатором по качеству вопросов медицинской помощи пациентам или по качеству отдельных обеспечителей услуг. Образование оказывается более важной исправительной мерой, чем наложение штрафов и санкций.

В конце 1994 и начале 1995 годов ТФСМ создал свой собственный независимый комитет экспертов. Эксперты, которые *не* являются сотрудниками ТФСМ, а скорее практикующими врачами, разработали эмпирические нормативы измерений процесса и результатов медицинской помощи. Эти нормативы используются как рекомендательные вопросы для

обзора ретроспективного учета и проверок на уровне учреждения. Медицинская помощь ниже установленных стандартов качества может отразиться в отказах по оплате. (Областные эксперты здравоохранения не имеют полномочий на финансовые санкции.) Проверки качества ТФСМ применяются только в 50 учреждениях, которые получают финансирование от ТФСМ. ТФСМ предпринимает также ряд попыток, как например, помощь в разработке нормативов лицензирования для больниц и отчетности по стандартам по медицинскому оборудованию.

Менеджмент и системы информации. К началу 1995 года ТФСМ в сотрудничестве с Областной администрацией здравоохранения разработал итоговую статистическую систему для осуществления ежемесячной статистики по посещаемости и финансовой информации. Тем не менее, в Твери недостает информационных систем на уровне пациента, которая бы систематически соединяла административную, демографическую, финансовую информацию и информацию о посещаемости.

Областная администрация здравоохранения и ТФСМ понимают важность стандартных систем на основе пациентов и уместность улучшения информации для прослеживания затрат и для улучшения подтверждения качества. Вне этих основных областей, однако их приоритеты расходятся. Приоритетами Областной администрации здравоохранения являются следующие:

- разработка системы учета и регистрации пациентов как для поликлиник, так и для больниц;
- системы учета затрат для прослеживания использования финансовых ресурсов на уровне обеспечителя, для улучшения принятия решений как на уровне учреждения, так и на уровне областного бюджетирования; и
- данные, которые способствуют обработке «приоритетности потребностей», для оказания помощи в своевременном определении специфических стратегических и оперативных вопросов относительно медикаментов, снабжения, оборудования и человеческих ресурсов.

Приоритетами ТФСМ являются следующие:

- оплата обеспечителям, включая обработку счетов, санкционирование выплат и аудиторские обязанности;

- установление цен и ставок, включая разработку унифицированных, стандартизированных систем сбора данных; и
- предельно возможное использование имеющегося в наличие и упрощенного программного обеспечения.

2.0 ДОНОРСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ЗДРАВРЕФОРМА И МИРОВОЙ БАНК

Примерно 18 месяцев, с конца 1994 до середины 1996 года программа *ЗдравРеформа* и Мировой Банк работали с коллегами в Тверской области над проектом и подготовкой реформы в секторе здравоохранения и над началом ее внедрения. (Хотя деятельность *ЗдравРеформы* в Твери прекратилась, программа Мирового Банка продолжается.)

2.1 Основание для сотрудничества

Сотрудничество воспринималось как возможность укрепления относительно сильных сторонах каждой донорской программы. Банковская программа кредита относится к нескольким областям состояния здоровья, организации и финансирования медицинской помощи и предоставления услуг. Первичными областями являются кардиоваскулярные заболевания, общая практика (ОП) и семейная медицина, здоровье матери и ребенка и планирование семьи, а также поощрения реструктуризации обеспечителей, включая консолидированную систему менеджмента и информации (СМИ).²

² Компонентами программы кредита Мирового Банка являются:

1)

Реструктуризация кардиоваскулярных медицинских услуг, которая разрабатывает программы первичной и вторичной профилактики, сосредоточенной на уровне участкового терапевта и семейной практики. Будут также действовать образовательные программы и мероприятия для средств массовой информации, рассчитанные на население, включая: (1) исследование медицинской осведомленности, (2) материалы по улучшению здравоохранения, (3) обзор состояния здоровья, (4) новый диабетический центр, (5) медицинское оборудование для определения факторов риска. Фонды будут также использоваться для диагностического оборудования и медицины скорой помощи, как например, новые и переоборудованные машины скорой помощи и подготовка бригад скорой помощи;

2)

Семейная медицина - для облегчения введения семейных врачей в качестве принципиальных первичных обеспечителей, постепенно заменяя «терапевта». Создавая устойчивую традицию обучения семейной медицине в Тверской медицинской академии, этот компонент мог бы (1) усилить обучающие возможности в Академии, (2) помочь организовать клиники для выпускников по программе переподготовки семейных врачей, начатой в 1993 году, и (3) модернизировать шесть поликлиник и создать сеть Консультационных, Диагностических и Лечебных Центров (КДЛЦ) для предоставления поддержки семейным врачам в направлениях на амбулаторную помощь;

Деньги по Банковскому кредиту могли бы быть использованы для материальных вопросов, как например, новые учреждения, оборудование, обеспечение и медикаменты. Но в обстановке общего экономического упадка и хронически недостаточного финансирования медицинской помощи, все же существует осознанная необходимость для аналитических механизмов и инструментов для принятия решений вначале для пробного проведения, а затем для распространения реформ реструктуризации и для подтверждения их долгосрочной выживаемости. *ЗдравРеформа*, трехгодичная программа, финансируемая Американским Агентством Международного Развития (ААМР), помогала реорганизовать финансирование медицинской помощи и предоставление услуг в Российской Федерации и, таким образом, занималась предоставлением аналитических механизмов.³

3)

Здоровье матери и ребенка и планирование семьи представит изменения в нормативах клинической практики, построенные на рекомендациях федеральных рабочих групп. Этот компонент также создаст физическую обстановку для поддержки этих изменений, включая дородовой центр, 20 детских больниц и ограниченное количество оборудования, внутрирайонный перинатальный центр и центр планирования семьи и репродуктивного здоровья;

4)

Поощрения реструктуризации обеспечителя - для предоставления поддержки в разработке и внедрении улучшенной оплаты обеспечителя, подтверждении качества и системах менеджмента и информации.

Другими мероприятиями являются: Национальная Программа Подготовки по Семейной Медицине для создания моделей семейной практики в России; учебный план и развитие факультета, включая нормативы для улучшения качества и сертификации, а также компонент Наблюдения, Оценки и Распространения для разработки показателей наблюдения, оценочной деятельности, подготовке персонала по методам оценки, а также семинары и публикации относительно дублирования и копирования лучших практик.

³ Программа *ЗдравРеформа* являлась трехгодичной программой, финансируемой Американским Агентством Международного Развития (ААМР), для улучшения здоровья населения России в поддержку экономического и демократического развития. Программа возникла в результате саммита Клинтон - Ельцин в Ванкувере в 1993 году, на котором два лидера договорились о поддержке и взаимном сотрудничестве по ряду разделов, включая здравоохранение. Начатая в январе 1994 года, программа являлась уникальным общественно-частным партнерством между ААМР и консорциумом частных американских фирм, возглавляемых Абт. Ассоуиетс, и была разработана для поддержки и ускорения реформ здравоохранения в России. Программа подпитывала и ускоряла возможности учреждений общественного и частного секторов по тестированию и внедрению новых организационных, управленческих и финансовых структур (пробные проекты относились к «Рабочим моделям») для систем предоставления услуг здравоохранения, так как Россия движется в сторону большей опоры на рыночно-ориентированную экономику. Деятельность *ЗдравРеформы* опиралась на многочисленные участки по всей России. Программа сосредоточила ресурсы на разработке рабочих моделей в определенном количестве географических областей - четыре в Западной Сибири и две в Центральной России. Области в Западной Сибири (Кемерово, Томск, Новосибирск и Алтайский край) являются географически смежными областями, отобранными из-за их подтвержденного лидерства в экспериментах в секторе здравоохранения и реформах, начиная с 1960-х годов. Превоначальные приемы и модели были начаты в этих областях на ранней стадии программы. Позже механизмы и приемы применялись и адаптировались в двух областях, соседних с Москвой: в Калуге и в Твери. В дополнение, в 19 городах существовали полученные в дар участки, всего вместе - 38.

Сотрудничество *ЗдравРеформы* прежде всего выражалось в разработке и подготовке к программе кредита и было сосредоточено на одном компоненте программы кредита: стимулах реструктуризации обеспечителя и разработке консолидированной СМИ. Экспериментальные участки были отобраны для проектировки, разработки и внедрения новых подходов в оплате и менеджменте, информационных систем и процессов подтверждения качества. В конечном итоге, участки будут служить проводниками для областных реформ, и первоначальными рынками для новых подходов на период программы кредита.

Деятельность СМИ в рамках этого компонента была особенно амбициозной и обширной. ТФСМ в сотрудничестве с областным управлением здравоохранения разрабатывает консолидированную систему информации, которая соединяет финансовую, демографическую информацию и информацию о посещаемости и практике от уровня отдельного пациента и отдельного врача до областного уровня. Центр Обработки Информации в области (должен быть организован при Областном управлении здравоохранения) соединит ТФСМ и отдельные учреждения в сеть параллельной обработки данных для обслуживания клиента, смоделированной по образцам подобных систем в Самаре, Санкт-Петербургской и Кемеровской областях. Системы будут иметь следующие применения: финансовый учет ТФСМ; обработка выплат обеспечителю; менеджмент посещаемости и практики; подтверждение качества; статистическое моделирование для развития обслуживания и норм оплаты; регистрация амбулаторных пациентов; выписки из больницы и мероприятия по проекту наблюдения. Части этой сложной информационной системы уже проверены (например, выплаты обеспечителю, посещаемость) в качестве отдельных систем. Другие (например, финансовый учет ТФСМ) будут начаты в намеченные сроки.

Фонды Банковского кредита будут использоваться для разработки и тестирования отдельных применений в 14 различных учреждениях и для соединения их через Центр Обработки Информации. Каждое применение будет проверено в двух или более учреждениях. Пробное тестирование *пройдет в течение первого года проекта Банковского кредита*, следующим тестированием будет новая оплата обеспечителям и системы подтверждения качества.

Финансированная *ЗдравРеформой* деятельность относительно СМИ должна была сосредоточиться на помощи в разработке и проведении пробной фазы с дополнительными фондами по Банковской программе для разработки программ привычного применения. И снова, Мировой Банк поставил условие, чтобы приемлемые планы для внедрения во всей области были *условием расчетов по программе Банковского кредита*.

2.2 Определение времени деятельности донорского сотрудничества

Таблица 2 представляет обзор расписания и мероприятий донорского сотрудничества, которые были разработаны в 1994 году. Как показывает таблица, программа *ЗдравРеформа* могла бы сотрудничать с программой Мирового Банка путем предоставления, в первую очередь, технической помощи и обучения для обеспечения механизмами и приемами как для внедрения, так и для поддержки этих реформ на длительный период.

Таблица 2

**Сотрудничество Мировой Банк / ЗдравРеформа
в Тверской области**

	КГ - 1995	КГ - 1996	1997-1998 ⁴
<i>ЗдравРеформа</i>	<p>Техническая помощь и обучение, Субсидированное финансирование относительно стратегии и пробного проекта программы кредита:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Подтверждение качества - Системы менеджмента и информации - Оплата и финансовый менеджмент 	<p>Дальнейшая техническая помощь и обучение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Завершены рабочие модели - Внедрены пробные проекты 	<p>1) Техническая помощь и обучение относительно внедрения пробных проектов по всей области</p> <p>2) продвижение и распространение</p>
Проект Мирового Банка по реформе здравоохранения	<p>1) Завершены предложения по Банковскому кредиту</p> <p>2) Банковская проверка и процесс утверждения</p>	<p>1) Начинается банковский кредит / поступление фондов:</p> <p>2) Капитал, оборудование, обеспечение, персонал</p>	<p>Наличие возможного Кредитного Фонда для внедрения пробных проектов по всей области</p>

⁴ Деятельность *ЗдравРеформы* зависит от возможности продления контракта

Команды экспертов из обеих программ работали вместе в начальной стадии с конца 1994 года до середины 1995 года над разработкой программы и над определением экспериментальных участков. С начала 1995 года до середины 1996 года программа *ЗдравРеформа* оказала поддержку в разработке и внедрении новых систем в экспериментальных учреждениях вместе с основным руководством здравоохранения в области.

Текущие планы требуют завершения процесса утверждения Банковского кредита к началу 1997 года; к этому времени программа в действительности может начаться. Однако, дальнейшая работа *ЗдравРеформы* в 1997-98 годах не будет продолжена из-за того, что будет завершен российский компонент Программы.

3.0 МЕТОДЫ И ОБЪЕМ ПОМОЩИ: ЗДРАВРЕФОРМА В ТВЕРИ

Начиная с 1995 года, программа *ЗдравРеформа* поддерживала сектор здравоохранения Твери несколькими способами. Поддержка была сосредоточена на пяти областях:

- 1) **Разработка политики:** установление юридической / регулирующей основы для реформы здравоохранения;
- 2) **Улучшение качества:** новые подходы для повышения качества медицинской помощи в больницах и поликлиниках;
- 3) **Менеджмент финансов и ресурсов:** новые подходы в управлении притоком фондов и в создании новых стимулов, которые увеличить производительность и качество услуг;
- 4) **Информационные системы и организационный менеджмент:** установление современных, компьютеризированных информационных систем и систем менеджмента для поддержки реформ по качеству медицинской помощи и финансированию; и
- 5) **Распространение:** распространение опыта успешных рабочих моделей и систем из других областей России для способствования их копированию в Твери и где-либо еще в России и для создания нового поколения руководителей сектора здравоохранения.

3.1 Определение экспериментальных учреждений

Ресурсы были сосредоточены на программе начальных экспериментальных участков для разработки и тестирования новых подходов и систем. Выбор учреждений был проведен *ЗдравРеформой* в сотрудничестве с командой Мирового Банка и участниками из Областного управления здравоохранения и ТФСМ. Шестью выбранными экспериментальными учреждениями были:

- одно областное учреждение в г.Тверь: Областная детская больница
- два городских учреждения в г.Тверь: городская больница и поликлиника №1 (Отдельная Санитарно-Медицинская Станция или ОСМС) и Городская больница и поликлиника №6; и
- три центральные районные больницы и связанные с ними поликлиники: Кувшиновская центральная больница и поликлиника, Нелидовская больница и поликлиника и Калязинская центральная больница и поликлиника. Позже тверские участники согласились расширить экспериментальный участок в Кувшиновском районе до размеров всего района, а не только включать центральное районное медицинское учреждение. Район включает фельдшерские станции, врачебные станции/пункты и 2-3 небольшие участковые больницы (которые похожи на медсестринские учреждения). ТФСМ обеспечивает около 70% финансирования в районе.

Тверские участники использовали следующие критерии отбора:

- все учреждения, за исключением Детской больницы, тесно связаны с филиалами ТФСМ;
- учреждения имеют хорошо подготовленный персонал и экспертизу в областях реформ оплаты;
- учреждения имеют оптимальные шансы для точности в отчетности по данным в финансовой и клинической областях;
- учреждения были признаны «лидерами»;
- многие учреждения уже испытывают новое программное обеспечение СМИ местного консультанта, Сергея Туркина;
- учреждения имеют потенциал для интеграции ОП/семейной медицины с компонентом кредита Мирового Банка;
- учреждения представлены на всех уровнях иерархии системы здравоохранения; и
- учреждения выразили «готовность» к реформе, что было измерено качеством персонала, руководства и интересом к политике реформы.

Таблица 3 представляет данные описания каждого учреждения.

Через несколько месяцев после соглашения тверское руководство потребовало, чтобы Нелидовская центральная больница/поликлиника и Калязинская центральная больница/поликлиника были исключены из программы экспериментального участка. Вместо них в программу был включен весь район Вышний Волчок. Это привело в пробный проект участок как с городской, так и с сельской зонами и с более обширным рядом обеспечителей и учреждений, чем два исключенных учреждения,

которые являлись всего лишь центральными районными учреждениями. Район Вышний Волчок выбрал прогрессивную модель реформы - «рискованную для района» модель на основе подушной оплаты - для действительного тестирования.

Был также разработан многолетний план распространения. В общем, распространение реформ оплаты обеспечителям в Год 3 и в Год 4 по кредитной программе требовалось всем учреждениям в г.Тверь, в Ржевском районе и в районе Вышний Волчок. В дополнение, демонстрации должны были быть распространены во всех учреждениях по всему району. К концу Года 5 должно было быть проведено внедрение по всей области.

3.2 Определение стратегии экспериментального учреждения

В конце лета 1995 года вместе с участниками из Твери и Мирового Банка были разработаны общая стратегия технической помощи и обучения и определение специфических заданий. План являлся руководством для персонала *ЗдравРеформы* в разработке заказов на задания и связанных с ними бюджетов для утверждения в ААМР.

В октябре 1995 года был подписан Меморандум Взаимопонимания (МВ) между программой *ЗдравРеформа* и губернатором области с общей проверкой и утверждением представителями Мирового Банка. МВ отразил взаимный обмен экспертами между *ЗдравРеформой* и руководством сектора здравоохранения Твери, который имел место в сентябре и октябре: а именно, соглашение по проверке специфических моделей реформы, по руководителям команд для каждой самостоятельной области и по плану внедрения специфических подходов в учреждениях с предполагаемыми временными рамки для предоставления помощи и обучения. Разделы 1 и 2 показывают выбранные модели реформы, подходы и предполагаемые временные рамки в самом МВ.

Таблица 3

Тверь: Исходные экспериментальные участки и учреждения

Учреждение	Кол-во коек	Враче й	Медицинского персонала	Подход к реформе оплаты	Вопросы комментарии /
Областное					
Детская больница	375	109	517	Состав случаев, согласованный со стоимостью на случай болезни	Схема местных экспертов
Городское (г.Тверь)					
Больница/поликлиника №1 (ОСМС)	500	234	844	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Расположено в Завольском районе (население - 130,000)
Больница/поликлиника №6	585	384	1122	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	
Районное					
Кувшиновская центральная больница/поликлиника	195	34	248	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Соглашение о включении всего района/ связь с
Нелидовская центральная больница/поликлиника	550	101	706	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Самое большое центральной районное учреждение в участке
Калязинская центральная больница/поликлиника	240	45	339	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	

Раздел 1

ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ

Учреждение или географическая область

Пять экспериментальных участков:
Областная детская больница
Больница и поликлиника №1 («ОСМС»), г.Тверь
Больница и поликлиника №6, г.Тверь
Центральная районная больница и поликлиника / район
Вышний Волчок
Центральная районная больница и поликлиника /
Кувшиновский район

Руководители команды

Доктор Александр Злобин (оплата обеспечителям)
Доктор Борис Могилевский (качество)
Доктор Александр Молокаев (системы менеджмента и информации)

Демонстрационный обзор подходов, используемых на участке

- Методы оплаты

Усовершенствования оплаты за состав стационарных случаев (Детская больница; Больница №1) Поликлиника - владелец фондов (поликлиника №1) Подушная оплата с гибкостью в вопросах экспериментирования со стационарными и амбулаторными методами оплаты, включая поощрительные системы для персонала (район Вышний Волчок; Кувшиновский район; возможно разработать для больницы/поликлиники №1, что должно быть определено к январю 1996 года)

примечание: подход к оплате больницы/поликлиники №6 должен быть определен к декабрю 1995 года.

- Системы менеджмента и информации

Элементы стандартных данных - клинических, финансовых, административных
Разработка систем программного обеспечения / компьютерного оснащения
Менеджмент посещаемости

Системы учета затрат

*Вопросы менеджмента, например,
Контракты по автономии учреждений*

- *Контракты с персоналом*
- *Совет директоров*
- *Обучение персонала*
- Финансовое моделирование / разработка
статистической базы данных*
- Финансовый менеджмент*

- **Улучшение качества**

*Методы и подходы непрерывного улучшения качества (НУК)
Разработанный на экспериментальных участках процесс*

НУК

*Дополнительные показатели и системы, относящиеся к
новой системе оплаты, например,
Показатели амбулаторной медицинской помощи
Критерии поступлений в больницу
Критерии направлений
Выписка / последующая медицинская помощь
Способы моделирования клинической медицинской помощи*

Раздел 2

Предлагаемые временные рамки внедрения

Октябрь - декабрь 1995 года

Проектировка и спецификация подходов на экспериментальных участках
Разработка модели контрактных обязательств
Разработка базы данных
Разработка и передача применений в дар экспериментальным участкам
Начало внедрения аналитических механизмов

Предлагаемые ежемесячно мероприятия

1) Октябрь

Оценка текущих способов оплаты в экспериментальных участках

Начало проверки специфических черт проекта оплаты по альтернативным способам оплаты

- *подушная оплата / держатели фондов*
- *уточнения состава случаев для больничной медицинской помощи*
- *как оплачиваются врачи*
- *использование удержаний*
- *поэтапный подход (например, полный риск в Год 1?)*

Разработка предоставляемых в дар экспериментальным участкам применений

Сбор данных за годы 1990 - 1995

2) Ноябрь

Начать проектировку программного обеспечения и компьютерного оснащения

Разработать единый набор данных

Семинар по качеству

Разработка моделей контрактов для плательщика, учреждений и персонала

Начало строительства мощностей в экспериментальных участках

3) Декабрь

Начать разработку показателей качества для стационара и амбулатории

Разработка аналитических механизмов, например,

- *финансовое моделирование / моделирование спроса*
- *методы учета затрат*

Январь - март 1996

Продолжить разработку аналитических и проектировочных механизмов

Закончить проект оплаты экспериментальных учреждений

Интегрировать аналитические механизмы с мощностью экспериментальных учреждений для внедрения моделей

Предлагаемые мероприятия по месяцам

1) Январь

Аналитические механизмы, например,

- *менеджмент посещаемости*
- *усовершенствующие определения состава случаев болезнью*

Окончание проекта оплаты в экспериментальных учреждениях

Ежеквартальная отчетность о результатах -- Тверь и Калуга

2) Февраль

*Аналитические механизмы, например,
- нормативы для уровней медицинской помощи
(например, амбулаторные учреждения)*

Разработать Предварительную Подушную Ставку

- уточнение риска*
- объемы высокого риска*
- распространение материалов для обзора и комментариев*

3) Март

Окончательные проекты оплаты и уточнения

Разработка пробной базы данных

Завершение модельных контрактов

Апрель - июнь 1996

Внедрить экспериментальные проекты

Проверить пробный поток фондов по контрактам

Интегрировать МСИ и Механизмы Качества с изменениями оплаты

1) Апрель

Начать пробу нового подхода к оплате

Интегрировать новые определения качества и процессы

Интегрировать компоненты менеджмента и систем информации

Ежеквартальная отчетность о результатах -- Тверь и Калуга

2) Май

Новое качество механизмов медицинской помощи, например,

- Планирование клинической медицинской помощи*

Продолжать пробу новых подходов

3) Июнь

Новое качество механизмов медицинской помощи, например,

- Планирование клинической медицинской помощи*

Продолжать пробу новых подходов

Июль - сентябрь 1996

Оценка экспериментальных моделей оплаты
Решения по усовершенствованию моделей оплаты
Полное внедрение новых моделей оплаты

1) Июль

Начать оценку результатов проб

Оценка моделей оплаты

- *финансовые*
- *информации / менеджмента*
- *качества*
- *доступа*

Ежеквартальная отчетность о результатах: Тверь и Калуга

2) Август

Завершить оценку

Решения по усовершенствованию моделей оплаты

3) Сентябрь

Полное внедрение

- *системы оплаты*
- *менеджмента / информации*
- *компоненты качества*

4.0 ДАННЫЕ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ

В общем, на сегодняшний день результаты в Твери различны. Ряд экспериментальных учреждений сделали прогресс в разработке новых методов оплаты и использовании финансовых ресурсов. Моделями оплаты, которые коренным образом были изменены учреждениями, являлись районные бюджеты на подушной основе, которые создавали определенный риск для районов при обеспечении медицинской помощью по фиксированному бюджету, а также глобальные бюджеты для городских больниц, которые распадаются на этапы в зависимости от возраста / пола.

До сих пор с трудом продвигаются попытки на областном уровне относительно финансирования и разработки основного плана СМИ для программы получения займа у Мирового Банка, хотя в последнее время техническая поддержка указывает на потенциальные успехи зимой 1997 года.

На областном уровне также заметны в настоящее время два положения относительно финансирования и управления ресурсами. Одно относится к *источникам фондов*, а другое - к *использованию фондов*:

- **Фрагментарность притока фондов:** продолжает существовать недостаток внедрения новых законов по реформам страхования, которые требуют интеграции финансирования, при которой все фонды на медицинские услуги проходят через ТФСМ. Вместо этого, продолжается фрагментарность источников финансирования, описанная в разделе 1.2. В кратце, это создает возможности для передвижения затрат, при которых каждое учреждение смогло бы назначать более высокие цены на услуги и / или более индивидуально изменять статьи затрат для тех плательщиков, которые могут заплатить больше. Этот вопрос ставит под угрозу завершение программу по получению займа у Мирового Банка.
- **Прогресс экспериментальных учреждений в стимулировании реструктуризации:** губернатор области Платов подписал Указ весной 1996 года, отменяющий обычные областные правила и предписания и разрешающий экспериментальным учреждениям начать реструктуризацию и внедрение реформ. Этот процесс запрещения является потенциальной моделью для всей России, хотя федеральные нормативы все еще могут оставаться проблемой.

4.1 Фрагментарность притока фондов

За последние несколько лет Тверь делает шаги вперед и назад. Основные учреждения во всех 36 районах, также как и основные учреждения неотложной помощи, Областная детская больница и главная больница в г. Тверь, будут находиться под ТФСМ, с первоначальной стадией внедрения с 1 января по 1 апреля 1997 года. Область сохранит только специализированные учреждения и родильные дома. Однако, не предполагается, что процентное соотношение в относительной доле фондов между ТФСМ и Областной организацией здравоохранения изменится по сравнению с коэффициентом 1996 года, а именно приблизительно 60% - ТФСМ и 40% - Областная администрация здравоохранения.

Соглашение по консолидации учреждений в рамках Фонда и соотношение процентной доли не изменяется благодаря последнему федеральному закону и Указу от 5 октября 1996 года Федеральных Министерств Финансов и здравоохранения (при поддержке Федерального Фонда), который делает «учредителя» учреждения ответственным за Статью 3 бюджета здравоохранения - коммунальные расходы и затраты на обслуживание. В сущности во всех случаях, учредителем является местный район, городское или областное правительство. Местные администраторы района обладают некоторой гибкостью на уровне финансирования, зависящего от распределений на социальный сектор из области и от дополнительных налогов, собираемых на местном районном уровне.

Этот указ и последующий подход к бюджетированию могли бы уменьшить способность Фонда разрабатывать настоящий глобальный бюджет, так как затраты по Статье 3 составляют 20-30% всех затрат учреждения. Предполагается, что этот указ должен создать стимул для работы маргинальных учреждений, так как существует два отдельных плательщика за медицинскую помощь, а Областная администрация здравоохранения могла бы выделить деньги на эти постоянные затраты независимо от уровня производительности и эффективности учреждения. Руководители экспериментальных учреждений подтвердили, что это их желание оставить все основные средства с дополнением этого указа.

На уровне отдельного учреждения доходы от различных плательщиков не собираются из-за того, что доходы на уровне области и района распределяются по отдельным бюджетным разделам или отдельным бюджетным статьям. Неспособность медицинского учреждения объединять эти различные источники дохода в единый счет доходов в дальнейшем уменьшает стимулы в рамках глобального бюджета, потому что существует незначительная возможность перераспределения фондов из одной статьи бюджета на другую. Единственным учреждением, где разрешено объединять все доходы от различных плательщиков на одном счету,

является Кувшиново, которому местный районный администратор гарантировал гибкость в этих вопросах.

4.2 Глобальные бюджеты

Глобальные бюджеты для экспериментальных учреждений в первый год построены на использовании соединения исторических бюджетов (80%) и распределений глобального бюджета на подушной основе, согласованных с различиями в возрасте / поле (20%). Составной коэффициент бюджета основывается на наборе бюджетных данных, интегрированных из информации ТФСМ и Областной администрации здравоохранения; была разработана трехгодичная база данных (1993-1995), и была использована средняя (линия отклонения), уточненная по диагностическим категориям.

Этот процесс смешивания исторического и подушного глобальных бюджетов, который Эд Фрид рекомендовал в качестве переходного подхода, используется в Кемерово (область в Сибири). (Текущие контракты, используя данные о соотношении 80 : 20, действуют только шесть месяцев, и срок действия контрактов истек к 1 января 1997 года.) Это было также полезно, так как данных на основе пациента не было в наличие для адекватного уточнения подушной ставки: данные имелись только для возрастных групп 0-2, 3-15, 16-54 (женщины), 16-59 (мужчины), 55+ (женщины), 60+ (мужчины).

Глобальные бюджеты были уточнены для способствования эффективному использованию стационарных услуг. Во-первых, для того, чтобы отбить охоту у больниц принимать пациентов, которые не нуждаются в стационарных услугах, оценка ненужных госпитализаций использовалась для уточнения снижений глобальных бюджетов. Экспертные группы врачей составили оценку путем определения ненужных поступлений из проверки 10% медицинских карточек пациентов и экстраполяции на весь сектор здравоохранения. Во-вторых, в учреждениях, имеющих и поликлинику, и больницу, часть фондов от снижения стационарных поступлений была переведена в бюджет поликлиник для поддержания нейтралитета бюджета.

В последнее время ТФСМ планирует перейти в 1997 году к ставке оплаты - 50% исторический бюджет / 50% подушный бюджет, а затем к подходу полного 100% подушного бюджета в 1998 году, хотя непонятно, будут ли к тому времени иметься необходимые данные. Фонд потребовал, чтобы все учреждения отчитались по данным о приросте за 10 лет в их зонах охвата населения. Этот подход, полезный для расчета подушных распределений в экспериментальных учреждениях, повлияет на распределения в других учреждениях. Данные требуются к 20 июля 1997 года, но некоторые учреждения уже ответили, что данных не имеют.

Директор ТФСМ первоначально предположил, что исторические бюджеты приблизились бы к бюджетам на основе подушного подхода с уточнением риска (возраст, пол, другие), хотя никакие эмпирические утверждения этого не подтвердили. Переговоры между Фондом и отдельными учреждениями о соглашении по окончательной сумме бюджета были незначительными или не велись вообще: Фонд разработал калькуляцию, и бюджет был определен в контракте. Фактически, анализ, проведенный главным экономистом Фонда, показал, что несколько экспериментальных учреждений отклоняются от бюджетных калькуляций Фонда более, чем на 20% - или выше (Вышний Волчок - 47%, Кувшинова - 28%), или ниже (больница / поликлиника №1 - 37%, больница / поликлиника №6 - 21%). Как и предполагалось, находясь в зависимости от текущей ситуации, главные врачи затронутых учреждений пожаловались на то, что Фонд отходит от подхода к анализу на основе посещаемости или, что не достаточно быстро проходит продвижение в сторону подушной договоренности. Они также указывают и на другие проблемы, такие как факт не включения старых долгов в калькуляции глобального бюджета.

Подразумевается, что выплаты по глобальному бюджету должны производиться ежемесячно на основе договорных условий контракта. Однако, из-за недостаточного финансирования выплаты производились несвоевременно, и часто они были ниже суммы, определенной по контракту. Фонд заявляет, что он обладает незначительной возможностью оценить притоки будущих поступлений от Администрации здравоохранения и работодателей, и таким образом, это задерживает его возможность разрабатывать и придерживаться точных сумм и процессов контракта.

Нет объединения в фонд риска, т.е. плательщик не установил отдельных фондов для оплаты непредвиденных финансовых рисков. Однако, отдельные учреждения установили некоторые отдельные фонды для покрытия непредвиденных затрат, которые не покрываются из глобального бюджета. Не были еще установлены правила о том, как использовать дополнительные фонды, которые появляются, когда больница не использует полностью свой глобальный бюджет к концу года, из-за более низкого, чем предполагалось, объема услуг. Большинство руководителей учреждений предполагают распределять излишки между премиями к зарплате и покупками нового оборудования. Если существует излишек поступлений относительно запланированного по контракту объема, то выплаты будут определены на основе случай болезни-за случаем болезни.

Формула ставки бюджета будет основана на ставке инфляции зарплаты, используемой Министерством Экономики, плюс правительственная подушная ставка. В этом случае формула ставки не имеет других уточнений.

4.3 Автономия учреждения

По программе главные врачи экспериментальных учреждений имеют «новые права» на приобретение оборудования и материалов по их усмотрению. Трудовые правила все еще остаются проблемой, так как зарплата должна основываться на федеральной системе заработной платы, но существует новая гибкость в вопросах приема на работу и увольнения, а также развитие и использование премиальных фондов.

В любое время на уровне учреждения могут быть неформально изменены МЭС. Однако, изменения стандартов для всей области потребуют официальной проверки и утверждения на областном уровне. В результате, руководство Фонда постановило, что МЭС должны использоваться только для целей планирования, а не для ежедневной медицинской помощи и, что изменение стандартов не является полезной практикой при условии значительного воздействия на поведение учреждения.

Главные врачи и руководители заявляют, что новая система переориентировала отношение и поведение в сторону большей эффективности и качества, и, что были получены дополнительные ресурсы на оборудование и премиальные выплаты к зарплате. Также существует восприятие лучшей работы в команде и более точной координации медицинской помощи в рамках новой системы. Главные врачи заявляют, что стали более значимыми инициатива и нововведения на уровне отделения и, что скорее возрастает количество решений, принимаемых «снизу-вверх», чем исключительно решений «сверху-вниз».

4.4 Качество / штрафы и премии врача

Экспериментальные учреждения начали разрабатывать новые системы улучшения качества, но изо дня в день действуют старые системы контроля качества на основе штрафов и премий. Это означает, что в некоторых учреждениях существуют две системы качества, при которых новая система скорее присоединяется к старой, чем заменяет её.

Старая система штрафов используется сложным и предписанным способом для создания стимулирующих премиальных выплат врачам. Индивидуальная работа врача оценивается по предполагаемым уровням выполнимости работы. Если нормативы соответствуют индивидуальным показателям, то дается «1» балл. Все показатели взвешиваются и часто имеют различные значения по разным пунктам, своевременно отражая местные приоритеты. Показатели «суммируются» и коэффициент действительного-против-предполагаемого умножается на какую-то стандартизованную премиальную сумму, имеющуюся для распределения.

Новая система показателей качества медицинской помощи и ее улучшения относиться к каждому определенному учреждению, разрабатывающему свой собственный набор показателей.

4.5 Подготовка по первичной медицинской помощи

Прогресс в подготовке врачей по первичной медицинской помощи остается неоправданно медленным. Местная Тверская Медицинская Академия каждый год выпускает 20-25 семейных врачей. В настоящее время существует два пункта в экспериментальных учреждениях в Кувшинове и в больнице / поликлинике №6. Но ни в коем случае для этих практиков премиальные выплаты не являются разными (см. ниже более подробное обсуждение премиальных выплат), у них также нет отдельных кабинетов за пределами поликлинической структуры. Несколько главных врачей пожаловались на бюрократические проволочки в распределении мест и оборудования для выпускников.

5.0 ОТЧЕТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Несмотря на проблемы, указанные в предыдущем разделе, не следует упускать один важный вопрос - в отдельных экспериментальных учреждениях достигнут прогресс. Среди экспериментальной группы Кувшиновский район является лидером, но все экспериментальные учреждения отчитались по одиноким областям аналитической деятельности и организационной реструктуризации в поддержку долгосрочных реформ; эти мероприятия включали прослеживание стационарных и амбулаторных затрат с анализом стационарного потока, а также анализ процессов менеджмента посещаемости с заострением внимания на определении:

- ненужных поступлений;
- дублировании анализов для поступления;
- возможности сокращения продолжительности пребывания; и
- альтернатив больничной медицинской помощи, таких как медицинская помощь на основе амбулаторий и дневные стационары для «социальных случаев».

Далее друг за другом следуют отчеты экспериментальных учреждений, которые включают основную описательную информацию, прогресс на данный момент и задачи, которые остаются.

5.1 Областная детская больница

В этот центр направляют пациентов со всей области. Первоначально был выбран проект оплаты, включающий усовершенствованные уточненные по составу случаев болезни выплаты за стационарную помощь. В октябре 1995 года учреждение перешло от оплат за койко-день к средней ставке на отделение, а затем в 1996 году учреждение усовершенствовало систему состава случаев болезни. Была разработана своя собственная пробная модель.

Текущая система по случаям болезней основывается на отделении и имеет 10 категорий в каждом из 10 клинических отделений учреждения (т.е. примерно 100 категорий выплат). Категории основываются на делении по диагностическим группам (внутри отделения), затем они оцениваются и модифицируются по коду сложности (1-10), который определяется комиссией врачей. Код сложности основывается на клинической сложности, а не на использовании ресурсов. Затем относительная величина умножается на 1) коэффициент бюджета отделения⁵, деленный на нормативные или запланированные койко-дни, и 2) среднюю продолжительность пребывания (СПП) по диагностическим категориям и уточненную для хирургических вмешательств. СПП основывается на опыте отдельного учреждения. В учреждении наблюдается 5-7% увеличение сложности случаев (возможное отклонение кода) за последний год. Оплата за случай болезни стандартизируется каждый месяц для уточнения изменений в СПП и в уровнях сложности, таким образом поддерживая тип ограничения бюджета (хотя не существует ограничения объема).

Поликлиники, связанные с Детской больницей, будут продолжать использовать оплату за услугу с набором ставок за услуги. Поликлиника является центром направлений и имеет только специалистов; в ней нет врачей первичной медицинской помощи. Был разработан и составлен план графика оплат / системы возмещений для переводов и направлений от учреждений Фонда, которые будут использоваться в промежуточный период до перехода в Фонд.

Система оплат для больницы в будущем остается неясной. Первоначально менеджеры больницы проявили интерес к подходу - глобальный бюджет, но Областное управление здравоохранения ответило отказом. В конце июня 1996 года они снова проявили интерес к глобальному бюджету, в этот раз обратившись к команде Мирового Банка, но Мировой Банк был озабочен тем, что больница снизит поступления и будет отсылать пациентов в учреждения, получающие возмещение затрат от Фонда или от области из другого бюджетного распределения. Возможность перемещения затрат возобновила важность нахождения способов интегрирования источников

⁵ Параклинические затраты не включаются

финансирования. (Недавнее решение о переходе Детской больницы в ТФСМ могло бы облегчить перемещение затрат.) Менеджеры больниц также указали, что каждое отделение будет иметь свой собственный «мини-глобальный бюджет» для премиальных врачам и для поощрительных мероприятий.

В декабре 1996 года руководители учреждения указали, что они отказались от планов на глобальный бюджет из-за «несоответствующего финансирования». Учреждение будет продолжать пользоваться системой типа ГСД для получения возмещения от Областного управления здравоохранения за оказание медицинской помощи. Руководство учреждения не стремится переходить под контроль ТФСМ в 1997 году и может апеллировать решение. В то же самое время возможно правда то, что руководство области незаинтересовано так, как оно могло бы быть заинтересовано, в некоторых новых разрабатываемых системах.

Учреждение принимает требования на каждое поступление, но из-за недостаточного финансирования затраты возмещаются только по зарплате. Тем не менее, по отчету в июне 1996 года зарплата была увеличена на 35% по сравнению с предыдущим годом (предположительно благодаря изменению объема). Доходы врачей основываются на нормативе минимальной федеральной зарплаты⁶ плюс премиальные. Премиальные зависят от производительности свыше установленного в зависимости от бюджетного норматива, плюс ранее упомянутые показатели качества, и ряд штрафов и пени для отклонений, разработанный доктором Галиной Царик (Кемерово) на основе МЭС. Пенни также могут собираться за несоответствующие продолжительности пребывания, нарушения трудовой дисциплины (например, опоздания), отклонения от режима инфекционного контроля, неправильно оформленную документацию, недостаточное количество документации медицинского учета и подтвержденные жалобы от членов семьи на качество медицинской помощи. Пенни вычитаются из суммы премиальных. Таким образом, врач с наименьшим количеством плохих показателей получает наибольшие премиальные.

Учреждение закончило проверку моделей посещаемости в середине 1996 года, включая:

- оцененные СПП по отдельным диагнозам для определения неэффективных зон; альтернативные подходы к «прослеженной» медицинской помощи;
- анализ ежемесячных поступлений для определения типов случаев болезней для перевода в амбулаторное отделение;

⁶ Уровни зарплаты зависят от отработанных часов, опыта, специализации.

- были подготовлены для использования койки дневного стационара в специфических отделениях; и
- соответствие необходимости внутрибольничных анализов и консультаций специалистов.

У больницы есть многообещающая альтернатива по улучшению качества, которая включает меры по 30-дневной повторной госпитализации, хирургическим осложнениям, инфекциям и заболеваемости в больнице, непредвиденным направлениям в ЕИМП, действительной смертности в сравнении с предсказываемой, состоянию при выписке и уровни удовлетворенности пациентов. Три четверти данных были собраны с целью утверждения основного направления и знаменателя для коэффициентов измерения качества.

Менеджеры больницы выразили озабоченность тем, что не существует СМИ стратегии по качеству на основе учреждения, систем менеджмента и информации. В учреждении есть хорошая команда аналитиков, которые собирают данные по посещаемости и затратам и, которые провели презентации своей работы по микро-определению затрат на нескольких форумах. Они также пригодились для обучения этим подходам коллег в Калуге. Тем не менее, это учреждение испытало некоторое разочарование, так как в течение нескольких месяцев в развитии или политике не произошло ощутимых или видимых изменений.

Запланированные на будущее мероприятия включают снижение СПП для определенных диагностических категорий, учитывая запланированные хирургические операции. Кроме того, за последний год СПП сократилась с 16.0 до 14.5 дней. Однако, количество поступлений увеличилось с приблизительно 2,500 до 2,900 в квартал, указывая на то, что может быть необходима какая-то проверка соответствия.

5.2 Больница / поликлиника №6

Это учреждение включает пять поликлиник, две из которых - детские поликлиники. Все вместе они насчитывают 585 коек, В начале 1995 года количество охваченного медицинской помощью населения насчитывало примерно 127,000. В 1994 году его доходы составили 200 миллионов рублей по отдельным контрактам с предприятиями на осмотр сотрудников и т.д.; примерно 9 миллионов рублей от ТФСМ (это одно из двух учреждений в г. Тверь, которые включены в сеть Фонда) и постатейный бюджет на медикаменты и на другие статьи.

В 1995 и 1996 годах 58% процентов затрат ушло на стационарную помощь, оплаченную на основе традиционных бюджетных категорий с поощрительными премиями для врачей. Предполагалось, что учреждение

перейдет к оплате за состав случаев болезней на одно поступление, но этого не произошло. Руководство попыталось сохранить исторический профиль в виде группы учреждений с определенным охватом населения, и в то же время делая из объединения центр для направлений на специализированную медицинскую помощь.

В начале 1996 года больница провела некоторую реструктуризацию. Терапевтическое отделение сократило 15 коек. Был повышен статус кардиологического отделения, которое стало городским центром, а часть объема пациентов была переведена из больницы в поликлинику. Планировалось объединить отделение с отделением хирургии на грудной клетке. Были внедрены новые приборы наблюдения изменений пульса.

В конце весны 1996 года были проверены методы для увеличения направлений на амбулаторную медицинскую помощь и в дневной стационар. Проверяющие обнаружили, например, что 28% поступлений было проведено по направлениям скорой помощи. А также, многие поступления представляли собой «социальные случаи», в частности алкоголики.

В последнее время в связи с контрактом по глобальному бюджету было разработано несколько новых инициатив и программ по менеджменту использования практики пред-поступлений - сокращение дублирования стационарно-амбулаторных анализов и предоперационных хирургических дней в больнице. И снова были сокращены койки: 15 в педиатрическом, 10 в хирургическом и 10 в пульманологическом отделениях.

Экономисты больницы прошли подготовку по использованию электронных таблиц, которые позволяют производить «множественные калькуляции показателей деятельности больницы». Летом 1996 года было введено усовершенствованное наблюдение за отделениями внутри больницы путем сбора более подробных данных и продолжающегося анализа притоков пациентов в поликлиники. Учреждение также начало собирать данные, которые будут определяющими для амбулаторных и стационарных показателей.

По отчетам доля расходов на стационарную и амбулаторную помощь на базе больницы значительно уменьшилась - с 58% до 46%. Расходы на параклинические услуги увеличились с 17% до 21%, но определить доли стационара и амбулатории невозможно. Доли других остались неизменными: поликлиника - 26%; стоматология - 5%, дневной стационар - 1%.

По отчетам с октября 1995 по октябрь 1996 года поступления сократились: всего поступлений по больнице - с 959 до 744; поступлений в

пульманологическое отделение - с 112 до 73 в месяц, в отделение общей медицины - со 113 до 97 и в педиатрическое отделение - с 108 до 34. По отчетам СПП сократилась с 17.2 до 16.8 по всему учреждению, с 18.1 до 17.6 в кардиологическом отделении и с 28.8 до 23.1 в эндокринологическом отделении. В некоторых отделениях наблюдалось увеличение СПП (возможно благодаря составу более тяжелых пациентов). Персонал был сокращен на 1.5% среди врачей и на 5.5% среди медсестер.

В настоящее время из-за недостаточного финансирования не действует никакая система поощрения врачей или персонала. Показатели, разработанные для системы премий, очень похожи на те, которые используются в Детской больнице (см. Выше), лишь с несколькими изменениями в списке показателей с целью отображения взрослого состава пациентов. Больница / поликлиника №6 также ввела систему улучшения качества с приблизительно такими же показателями, как в Детской больнице.

Руководители учреждения расстроены тем, что не существует проекта или стратегии СМИ. Они выразили интерес к разработке первого наброска проекта в последующие 30-90 дней.

5.3 Больница / поликлиника №1

Зона охвата поликлиники в 1995 году была 128,000 населения. Из общего количества - 25,000 человек оплачивались по контрактам с работодателями. Пациенты, обслуживаемые по контракту, имеют такой же набор услуг, но «качество выше» из-за предпочтительного выбора диагностических тестов, медикаментов и лечения.

В январе 1996 года Центр предполагал перейти от оплаты за койко-дни к средней ставке по отделениям (девять категорий оплаты), но этого так и не произошло. Учреждение хочет в будущем попробовать работать с держателями фонда для оплаты ОП. В настоящее время 83% фондов поступают от ТФСМ и 17% от муниципального правительства (на капитальные нужды и медикаменты). Согласно сведениям главного врача глобальный бюджет, предоставленный Фондом, был на 20% ниже внутренних подсчетов.

В начале 1996 года был проведен анализ затрат для оценки сбережений, которые могли бы быть накоплены от снижений поступлений, предварительных осмотров перед поступлением и ненужных диагностических тестов, а также от направлений по «социальным случаям» к альтернативным наборам медицинской помощи. Предварительный анализ показал, что 7-10 % всех случаев были «социальные случаи», и они могли бы быть переведены на другие цели. Первоначальный анализ был расширен

для оценки увеличений затрат в результате большего объема амбулаторной помощи и мощности.

По отчетам, сравнивая август-октябрь 1996 года с таким же периодом за 1995 год, результаты на сегодняшний день составили: доля затрат на амбулаторную помощь по сравнению со стационарной изменилась в положительную сторону, упав в больницах с 59.8 до 51.8% и увеличившись в поликлиниках с 38.9 до 46.9%. Дневной стационар остался на 1.3%. Поступления приблизительно одинаковы повсеместно - от 23.0 до 22.7 на 1,000 населения, но по некоторым типам случаев они снизились: по общей медицине с 2.7 до 2.3 на 1,000 населения, по неврологии с 2.7 до 2.4 на 1,000 населения. Ненужные поступления снизились от 2.6% от общего количества поступлений практически до нуля. СПП для всех случаев снизилась с 17.6 до 16.3 дней. По отчетам такая эффективность была достигнута путем уменьшения количества предоперационных дней в больнице в среднем на 3-4 дня и путем снижения дублирования анализов. Главный врач жалуется, что все еще много остается «социальных» поступлений, а он ограничен нерешительностью местных властей, следует ли ему перевести койки на высококвалифицированные медсестринские койки, или это будет сделано в ближайшей больнице.

Система поощрения врачей подобна тем, которые используются в Детской больнице и в Больнице / поликлинике №6, но они разработали дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как сниженное дублирование анализов, проведение анализов до поступления и увеличенное количество профилактических услуг.

Разработка СМИ началась в начале 1996 года «для увеличения оперативной эффективности и эффективности затрат». Сейчас это учреждение разработало компьютеризированную систему регистрации и ведения пациентов для проверок соответствия между поликлиникой и больницей. Разработано и проведено пробное тестирование системы компьютеризированного клинического учета на уровне пациента. Была создана электронная форма направлений. Учреждение выразило интерес и необходимость разработать и соединить системы клинических, административных и финансовых данных на уровне учреждения.

5.4 Район Вышний Волочок

Зона охвата населения в 1995 году составила 96,000 человек (160,000 человек, если учитывать внутрирайонные зоны направлений в центральное районное учреждение). Центральное районное учреждение насчитывает 500 больничных коек по общей медицине и острым заболеваниям (случаи сердечных и легочных заболеваний обычно направляются за пределы

района). Здесь также есть поликлинический центр и центр здоровья женщин, учреждение насчитывает 1,000 персонала и 200 врачей. Кредит Мирового банка профинансирует новый диагностический, консультативный и лечебный центр, который находится рядом с комплексом центрального районного учреждения. Сейчас в районе существует две частные стоматологические практики. Начиная с дискуссий в 1995 году, руководство района выразило желание о появлении семейных врачей и общих практиков с собственными кабинетами, не закрепленными за поликлиниками. Таковых еще нет в городской зоне, но в сельских районах существует несколько отдельных пунктов. Во всем районе насчитывается 300 врачей.

За 18 месяцев, в течение которых ЗдравРеформа работала в Твери, главный врач Центра выделил основные задачи, включая: 1) сокращение стационарных затрат; 2) достижение коэффициента затрат амбулатория / стационар - 60:40; 3) сокращение СПП до 10.5 дней в среднем; 4) перевод до-хирургических анализов в амбулаторные отделения; 5) направление меньшего количества пациентов в учреждения областного уровня; 6) снижение дублирования анализов; 7) увеличение использования фельдшеров для визитов на дому; 8) расширение использования вспомогательного персонала для амбулаторной / первичной медицинской помощи; и, 9) принятие новых процедур обследования и технологий лечения. С помощью консультантов из Кемерово район осуществил ряд анализов относительно поступлений (по скорой помощи и запланированных), потоков местных пациентов, затрат на амбулаторное и стационарное лечение.

В качестве проекта оплат были выбраны районные бюджеты на основе подушной оплаты, которые предоставили районам финансовую ответственность (и риск) для поддержания и улучшения состояния здоровья обслуживаемого населения в рамках данного бюджета. Этот бюджет на основе подушной оплаты был одобрен областным управлением здравоохранения и ТФСМ. Деньги находились в местном отделении Фонда. Все еще существуют интересы относительно полного объединения фондов; в настоящее время существует три отдельных счета.

Для того, чтобы распределить фонды из районного бюджета на основе подушной оплаты на медицинские учреждения, район проверял методы оплаты за амбулаторную и стационарную помощь. По стационарной помощи районные учреждения оплачиваются в соответствие со средней оплатой на случай для каждого отделения независимо от продолжительности пребывания с оплатой амбулаторной помощи свыше 20% в среднем. Больница заключила контракты с каждым из своих отделений. По амбулаторной помощи район разработал контракты с врачами и премиальные выплаты, равные основной зарплате. Главный врач обещает поощрительные выплаты и увеличение использования технологии

(например, эндоскопия) со снижением СПП. К сожалению федеральные нормативы не позволяют ему достаточно гибко решать вопросы приема на работу и увольнения персонала.

Контракты с ТФСМ и местной администрацией были отложены на конец 1996 года для решения вопросов о том, как платить за основные средства, какой «основной год» использовать в качестве основного периода для оценки глобального бюджета и, какие «гарантии» могут быть для отчетов в будущие годы. (Например, включены ли факторы инфляции, технологии и производительности и т.д.)

В начале 1997 года центральная районная больница закрывает 60 хирургических больниц и открывает новое амбулаторное крыло, хотя это событие будет зависеть от местного законодательства, обеспечивающего изменение нормативов труда. Доли затрат для амбулаторной и стационарной медицинской помощи для всех учреждений района изменились с 82% и 18% соответственно в 1995 году, до 73% и 22% в 1996 году. В 1996 году был установлен объем риска и 5% фондов были выделены для оплаты непредвиденных расходов. В дополнение, 15% были выделены для способствования большему использованию амбулаторной помощи. Для центральной районной поликлиники были разработаны индивидуальные глобальные бюджеты. Эти фонды распределяются на группы специалистов следующим образом: 15% на терапевтов, 13.5% на других специалистов, 6.5% на гинекологов и 50% на параклинические услуги. Был установлен объем премий в размере 3.5% для вознаграждений за снижение дублирования анализов и ненужных направлений.

Был разработан ряд долевого тарифов затрат для пациентов с целью способствования лучшей координации первичной медицинской помощи и направлений. Этот обход модели обычных направлений приобретает повышенную важность при новых стимулах глобального бюджета.

Качество медицинской помощи и система поощрения врачей похожи на те, которые используются в остальных экспериментальных учреждениях. Они разработали дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как соответствие целям СПП и снижение количества поступлений, ненужные поступления и дублирование анализов.

Шесть районных подкомиссий работали над процессом реформ и внедрением моделей. Тем не менее, это районное учреждение обычно приносит разочарования, а исторически высокие бюджеты, которые распределялись на эти учреждения, предполагают некоторые значительные ограничения в ближайшие месяцы и годы. Существует также частичная неразбериха в том, кто будет платить за направления в район и за пределы района и, какие правила оплаты будут регулировать этот набор отношений.

5.5 Кувшиновский район

Зона охвата населения района составила в 1995 году 23,000 человек. Центральная районная больница насчитывает 120 коек общего профиля и скорой помощи. Завершается строительство нового здания на 250 коек. Другие участвующие учреждения включают три участковых больницы, одну амбулаторную станцию и 15 фельдшерских постов.

В 1994 и 1995 годах около 83% бюджетных поступлений были получены от ТФСМ, 10% из областного бюджета и примерно 7% от платежей из «собственного кармана» (например, физические осмотры для новых сотрудников коммерческих предприятий).

В начале 1996 года был проверен ряд исследований для нахождения способов улучшения эффективности. Они были сосредоточены на: 1) ненужных направлениях; 2) дублировании анализов; 3) проверках до поступлений; 4) сниженной СПП; и 5) направлениях в обычные стационарные учреждения. Были определены потенциальные сбережения от этих изменений. В дополнение, были осуществлены анализы потоков пациентов внутри района и за его пределы, а также затраты на случай болезни по отделениям.

Была разработана модель внутрибольничного движения наличных для объединения фондов из основных источников (т.е. бюджет Областного управления здравоохранения, местной районной администрации, ТФСМ, контракты с отдельными работодателями и платежи «из собственного кармана»). *Важно то, что фонды будут собираться и удерживаться больницей.*

Этот район является лидером среди экспериментальных участков. У него есть действительно интегрированная база доходов для всего района, хотя новые методы оплаты внедряются только в центральной больнице и поликлинике. В будущем новые методы будут распространены во все учреждения района, но дата внедрения еще не определена. Если объемы амбулаторной и стационарной медицинской помощи не будут включать фельдшерские посты, то невозможно будет достичь повсеместной и амбулаторной медицинской помощи в сельских районах с точки зрения эффективности затрат.

В действительности поступления за 1996 год выше уровней 1995 года. Коэффициент затрат между стационарной и амбулаторной медицинской помощью изменился с 70% и 30% в 1995 году до 55% и 45% в 1996 году.

Сейчас существует три три объема поощрений или риска:

- один в 5%, в распоряжении главного врача,
- стационарный объем в 10%, и
- амбулаторный объем в 15%.

Амбулаторный объем премий будет использоваться для врачей, которые выполняют задачи относительно менеджмента посещаемости (проведение анализов до поступления, сниженное количество поступлений и направлений, профилактическая медицинская помощь, включая вакцинацию, медицинские результаты, планирование после-больничных выписок и т.д.). Стационарный объем будет предназначен для врачей и персонала больницы. Обе группы будут конкурировать за пропорционально имеющиеся в наличие фонды на их участие в менеджменте посещаемости больницы. Например, планирование после-больничной медицинской помощи и последующее наблюдение могут быть обязанностью медсестры или врача. Премии будут основываться на задачах относительно снижения СПП, предотвращения инфекций, сокращения предоперационных койко-дней, предотвращения повторных поступлений и т.д. Некоторая часть стационарных и амбулаторных фондов будет переведена на специальный счет для главных врачей с целью создания фонда, который будет распределяться на премии и покупку оборудования для всего района.

Система поощрения врачей имеет сходства с подобной в Детской больнице и больнице / поликлинике №6, но Кувшиновский район разработал дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как сниженное дублирование анализов, предварительные анализы до поступления и увеличенное количество профилактических услуг. Премии врачам прежде всего распределяются на уровне отделения на основе услуг отделения. Затем деньги распределяются внутри отделения с помощью использования показателей. Премиальный коэффициент к средней зарплате в три раза больше (1.3 млн. руб. в сравнении со стандартной оплатой в 400,000 рублей). В среднем, зарплата врачей увеличилась на 31.3%, а медсестер - на 27.4%. Район является исключением по отношению к другим экспериментальным участкам в том, что касается снижения карательных штрафов и опоры на показатели на основе МЭС, а также движения в сторону использования только показателей улучшения качества.

Статистика за период с августа по октябрь 1996 года в сравнении с таким же кварталом за 1995 год показывает, что:

- поступления снизились на 11.5%;
- процент дневных коек увеличился с 0.4% до 8.0%;
- количество койко-дней на тысячу снизилось на 16.5%; и
- затраты на поступление снизились на 18.2%.

В районе есть один семейный врач и к концу 1997 года ожидается еще три таких врача, но на настоящий момент для этого не существует никаких особых поощрительных выплат или какого-либо подхода со стороны держателей фонда. Первоначально они будут получать более высокую зарплату; позже они попадут под категорию «риска», которая в настоящее время еще не определена.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Тверской области существует фрагментарное и неполное внедрение законодательства по федеральной реформе страхования, которой требуется каналы фонды от различных источников через единый счет, с которого производились бы все страховые и относящиеся к ним выплаты за услуги медицинской помощи. Хотя все больше и больше учреждений переходят под контроль ТФСМ, доля передаваемых Фондом ресурсов не возрастает на соответствующем уровне, потому что все еще существуют законы, которые требуют от министерств Здравоохранения и Финансов финансирования определенных бюджетных статей.

Реформы по проверке различных альтернатив платежей для районов и отдельных учреждений внедрялись нерегулярно. Большинство учреждений постепенно перешли к принятию и проверке районных бюджетов на основе подушной оплаты, глобальных бюджетов для городских больниц или некоторых форм оплаты на основе случая болезни. Глобальные бюджеты для экспериментальных учреждений разбиваются на периоды с переходом от 100-% исторических бюджетов к 100-% глобальным бюджетам на основе подушной оплаты примерно за период в пять лет, заканчивающийся в 1998 году. Все еще должны быть введены различные правила, например, как использовать глобальные бюджеты, когда предсказанные объемы отличаются от действительных объемов услуг, или как приспособить глобальные бюджеты со временем. В некоторых экспериментальных учреждениях глобальные бюджеты не были полностью профинансированы из-за недостаточности фондов.

Детская больница, всеобластной центр направлений, оплачивается в соответствии с выплатами за состав случаев болезни на уровне отделений. В то же время она предложила принять глобальный бюджет, но это было отклонено из опасений перед перемещением затрат. Предполагалось, что и больница/поликлиника №6 и №1 перейдут к какой-то форме системы на основе случая, но этого не произошло. В районе Вышний Волчок были внедрены районные бюджеты на основе подушной оплаты и пробует оплаты учреждениям, которые включают средние затраты на стационарный случай и контракты с амбулаторными врачами, но прогресс в этом направлении пока еще замедлен. Кувшиновский район достиг наибольшего прогресса в

реформе оплаты, так как фонды из области и Фонда объединяются, альтернативы оплаты проверяются в центральной районной больнице и поликлинике (хотя расписание на распространение во все больницы не было определено) и были выделены три фонда поощрения для способствованию лучшему менеджменту посещаемости.

Несмотря на неполное внедрение новых методов оплаты, экспериментальные учреждения извлекли пользу из новой управленческой автономии, которая сопровождает эти методы оплаты. Все еще остаются проблематичными различные трудовые правила, но нет гибкости в вопросах приема на работу и увольнения персонала, а также разработки и использования премиальных фондов. Ясно, что главные врачи и другие управленцы осознают новые возможности для проведения своих собственных реформ во внутреннем менеджменте и распределении ресурсов для максимального эффективного и продуктивного использования ограниченных фондов.

Подтверждение качества остается преимущественно ретроспективным и карательным по своей сути. Но Кувшиновский район избавился от карательных мер, а другие экспериментальные учреждения утверждают некоторые положительные способы улучшения качества, сосредотачивая внимание на механизмах менеджмента посещаемости, как например, снижение ненужных поступлений, дублирования анализов до поступлений и СПП, а также нахождение альтернатив для наборов стационарной медицинской помощи. Во всех экспериментальных учреждениях были достигнуты улучшения в менеджменте посещаемости.

Прогресс в сторону усиления финансовых и клинических аспектов первичной медицинской помощи чрезвычайно ограничен и замедлен. Больница/поликлиника №1 и район Вышний Волчок уделяют некоторое внимание планам на будущее по первичной медицинской помощи. В Кувшиновском районе непонятно, будет ли система первичной медицинской помощи включена в интегрированную систему доходов, как она должна быть.

Официальные лица Областного управления здравоохранения, менеджеры ТФСМ и медицинских учреждений осознают важность разработки СМИ, включая стандартный клинический и финансовый учет на уровне пациентов, поддерживаемый данными по менеджменту затрат на уровне учреждения, подтверждением качества и страхованием. Во всех экспериментальных учреждениях, кроме больницы/поликлиники №1, прогресс в компьютеризированных системах информации является медленным.

БИБЛИОГРАФИЯ

ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ, РОССИЯ

Тверская область России: реформы системы оплаты на пяти базовых моделях

Подготовлено по заданию 5761.065
Доктором философии Джеком Лангенбруннером

Номер контракта АМР ССН-0004-С-00-4023-00
Осуществляемый Абт. Ассоусийтс Инк.
Имеющим офисы в Бетезде, Мэриленд, США
Москве, Россия; Алматы, Казахстан; Киеве, Украина

Март 1997 г.

**Тверская область, Россия: Реформы оплаты на пяти экспериментальных
учреждениях**

СОДЕРЖАНИЕ

{ ТОС \o "1-3" }

Краткое изложение содержания работы

В Тверской области реализация федеральной реформы по введению медицинского страхования, что требовало объединения фондов из различных источников на единый счет, с которого должны производиться страховые выплаты а также оплата за все предоставленные медицинские услуги, носила характер фрагментарности и незавершенности. Не смотря на то, что все больше и больше лечебных учреждений перешли в ведение Территориального Фонда Медицинского Страхования (ТФМС), причем соответствующая доля ресурсов находилась в руках Фондаи не изменялась в объеме, действующее законодательство все равно требует, чтобы Министерства Здравоохранения и Финансов выделяли фонды под соответствующие статьи бюджета.

В единичных случаях как на уровне района, так и на уровне отдельного учреждения делались попытки протестировать различные альтернативные методы оплаты. Большинство базовых учреждений постепенно приняли и протестировали на районном уровне бюджет по подушному принципу, для городских больниц - глобальные бюджеты либо какое-то подобие оплаты за каждого пролеченного больного. Переход базовых учреждений от 100% традиционного исторически сложившегося бюджета к 100% голобальному бюджету с финансированием в расчете на единицу населения планировалось проводить постепенно, примерно за пятилетний срок, который бы заканчивался в 1998 году. Еще остается нерешенным то, каким образом вводить глобальные бюджеты в то время, как планируемые объемы отличаются от реального объема оказанных услуг, либо как глобальный бюджет должен изменяться с поправкой на время. Для некоторых базовых учреждениях из-за недостатка средств под глобальные бюджеты не были выделены фонды.

Не смотря на неполную реализацию новых методов оплаты базовые учреждения все же выйграли в том смысле, что они получили определенную автономию управления, которая шла рука об руку с новыми методами оплаты. Различные ограничения относительно рабочей силы все еще остаются проюблематичными, тем не менее достигнута определенная гибкость в в правилах найма и увольнения персонала, как, впрочем, и в развитии и использовании премиальных фондов. Очевидно, что главные врачи и другие руководители осознают новые возможности проводить их собственные реформы, на уровне внутреннего управления и распределения ресурсов с целью максимального увеличения эффективности и эффективного использования ограниченных фондов.

Обеспечение качества лечения осуществляется тогда, когда уже ничего изменить нельзя и носит исключительно карательный характер. И только в Кувшиновском районе отказались от карательных мер, после чего на базовых учреждениях стали вводить позитивно показавшие себя технологии обеспечения качества с акцентом на механизмы контроля за использованием ресурсов, в частности такие, как

сокращение числа неоправданных госпитализаций, дублирование уже проведенных поликлиникой лабораторных исследований и сокращение продолжительности госпитализации; изыскание альтернатив лечению в стационаре. Во всех базовых учреждениях произошли положительные изменения в вопросе контроля за использованием ресурсов.

Продвижение вперед в вопросе укрепления как финансовых так и клинических аспектов первичной медицинской помощи происходит очень медленно и на очень ограниченном пространстве. Больница-поликлиника №1, как и Вышневолочковский район устремили взор в будущее и планируют развитие у себя первичной медицинской помощи. В Кувшиновском районе еще не понятно, будет ли включена первичная медицинская помощь в интегрированную систему доходов, а следовало бы.

СОКРАЩЕНИЯ

НУК	Непрерывное улучшение качества
КДЛЦ	Консультационные, диагностические и лечебные центры
ГПД	Группа с похожим диагнозом
ОП	Общая практика / общий практик
ЕИМП	Единица интенсивной медицинской помощи
МЭС	Медико-экономические стандарты
СМИ	Системы Менеджмента и Информации
ТФМС	Территориальный Фонд Медицинского Страхования
ААМР	Американское Агентство по Международному Развитию

1.0 ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ: ОПИСАНИЕ

Тверская область расположена между Московской и Санкт-Петербургской областями. Из-за своей территории в 84,000 кв. км она является одной из самых больших географических областей в центральной части Российской Федерации. Область насчитывает 1,570,000 жителей при низкой плотности населения и множестве населенных пунктов с менее чем 10,000 населения. Основными видами хозяйствования являются сельское хозяйство и крупные предприятия по производству, например, экскаваторов, текстиля, химических продуктов, машиностроению и печатанию. Многие из этих предприятий в настоящее время используются в недостаточной степени.

1.1 Здравоохранение

Статус областного здравоохранения и вопросы медицинской помощи суммированы в Таблице 1. В Твери большое количество престарелого населения (22% населения составляют люди старше 60 лет). Показатели смертности растут из-за увеличившегося количества происшествий, злоупотребления алкоголем и онкологических заболеваний; только за один год (1992-93) этот показатель подскочил с 16.0 до 19.4 на 1,000. Рождаемость снизилась от 8.7 на 1,000 в 1992 году до 7.7 в 1993 и 1994 годах. Показатель смертности новорожденных в 1993 году составил 21.0 на 1,000 живых рождений (для сравнения, в США этот показатель составил 9.0 на 1,000).

С точки зрения ресурсов здравоохранения область страдает от слишком маленького финансирования - только \$118 на человека в год в 1993 году - и от слабого использования имеющихся фондов, которые больше сосредоточены на вложениях в систему здравоохранения, чем на медицинских результатах. Специализация более направлена на общую, чем на первичную медицинскую помощь. В результате чего оказалось слишком много врачей общей практики (3.8 на 1,000 населения в 1994 году) и слишком мало врачей первичной медицинской помощи (21% врачей). Существует слишком много больничных коек (12.9 на 1,000 населения) и неоправданно высокое количество поступлений на душу населения (21.3 на 1,000 населения).¹ Отчисления на здравоохранение поступают либо из местных или «прикрепленных» налогов (например, на воду и на землю) или от «регулируемых» доходов федерального правительства, таких как налог на прибыль и НДС.

¹ Как указывает Таблица 1 статистика по Тверской области схожа со статистикой по России в целом, где существуют проблемы как относительно (1) общего финансирования здравоохранения, так и в отношении (2) эффективности или относительной стоимости способа расходования фондов на услуги здравоохранения. Традиционно, сектор здравоохранения рассматривался как сектор «непроизводительных» услуг, и финансировался из остаточных фондов после того, как были профинансированы другие программы. Хроническое недофинансирование совпадало со слабыми и часто превратными стимулами к использованию фондов на услуги. Для более детального обзора по России в целом смотрите, например, *План Действия ЗдравРеформы по России*, ноябрь 1994 года.

Закон определяет часть регулируемых налогов, которая идет в федеральное правительство и часть, которая идет в область. Районы могут взимать некоторые дополнительные налоги и удерживать доходы, которые они получают. В дополнение в 1993 году был введен новый 3.6-% налог с заработной платы на обязательное медицинское страхование. Налог с заработной платы собирается Территориальным Фондом Медицинского Страхования (ТФМС) на областном уровне. Он переправляет 0.2% в Федеральный Фонд Медицинского Страхования, который отвечает за надзор и предоставление дотаций экономически отстающим областям. Децентрализация и введение налога с заработной платы радикально изменили модель финансирования здравоохранения. Например, в 1994 году большинство средств (около 71%) на здравоохранение в России были получены из местных (областных или районных) бюджетов, а 18% поступили из доходов ТФМС (Мировой Банк, 1996). Только 10% затрат на здравоохранение были покрыты федеральным бюджетом, и это финансирование было направлено на приобретение дорогого оборудования и на программы общественного здравоохранения, а также на инициативы по борьбе со СПИДом, на помощь жертвам Чернобыля и на эпидемиологический контроль. Очень важно то, что глобальные бюджеты на здравоохранение и другие отраслевые бюджеты из областной администрации здравоохранения могут быть перераспределены - если это необходимо - между секторами на районном уровне.

Бюджеты на здравоохранение, в некоторой степени, все еще разрабатываются и распределяются для учреждений в соответствии с категориями традиционных 18 статей и по основным «объемам», таким как количество коек и штата, а не по «результатам», таким как приписанное население, предоставляемые услуги или изменения статуса населения. Бюджетная система основывается прежде всего на отчислениях, а бюджеты покрывают лишь одну треть нужд финансирования согласно местному управлению. Федеральные нормативы и предписания часто обостряют неадекватность бюджетов. Например, в конце 1994 года по Указу Президента работникам здравоохранения была увеличена заработная плата без соответствующих ассигнований.

Таблица 1 Данные по Тверской области и Российской Федерации (1991 - 1994)

	1991	1992	1993	1994	Россия (1994)
<u>Категория</u>					
Демографическая					
Население (тысячи)	1669.2	1660.5	1656.2	1647.5	148,200.0
% 0 - 18	н/д	26.0	25.8	25.6	н/д
% 19 - 64	н/д	59.2	58.8	58.5	н/д
% 65+	н/д	14.8	15.4	15.9	н/д
% Женщин	54.7	54.7	54.6	54.6	н/д
% Сельских жителей	28.2	28.1	28.0	28.2	26.9
Инфраструктура					
Врачей (на 1,000 населения)	3.8	3.7	3.7	3.8	3.9 (1993)
Соотношение ОП/врачей	21.0	22.0	22.0	21.0	15.0
Больничных коек (на 1,000 населения)	13.5	13.1	13.0	12.9	12.2 (1993)
Использование ресурсов					
Больничных поступлений (как % населения)	21.4	20.0	20.6	21.3	21.0
Койко-дней на душу населения	3.7	3.5	3.6	3.7	н/д
Показатели занятости (в %)	74.7	71.3	75.1	79.4	н/д
Средняя продолжительность пребывания (дней)	17.1	17.7	17.3	17.2	17.0
Контакты (на человека в год)	н/д	н/д	6.4	7.7	8.9

Таблица 1 Данные по Тверской области и Российской Федерации (продолжение)

	1991	1992	1993	1994	Россия (1994)
Категория					
Модели расходования					
Общественное расходование	165	1842	24.502	138.494	н/д
На душу	169	244	324	н/д	н/д
Действительно на душу (ИЦП)	127	87	118	н/д	н/д
На душу (\$ US					
Больница (%)	н/д	н/д	н/д	н/д	69.0
Амбулатория (%)		н/д	н/д	н/д	н/д
Аптеки (%)		н/д	н/д	н/д	н/д
Результаты					
Показатель несвоевременных родов (на 000)	10.1	8.7	7.7	7.7	9.5
Показатель преждевременных смертей (на 000)	14.7	16.0	19.4	21.0	15.5
Смертность новорожденных (на 000)	19.6	18.6	21.5	19.5	19.0
Рождение недоношенных (% < 2500 г)	5.6	6.0	6.0	7.1	н/д
Абортов (на рожденных живыми)	н/д	1.86	1.87	2.0	н/д
Смерть по причине (на 000,000)					
Инфекций и паразитов	10.0	11.7	14.7	17.0	н/д
Злокачественных новообразований	233.5	234.2	246.0	239.5	206.6
Циркулярной системы	914.5	992.9	1192.4	1310.9	837.3
Респираторной системы	65.7	64.6	98.9	101.1	н/д
Травм и отравлений	173.6	218.0	293.8	337.5	250.7
Продолжительность жизни (от рождения)					
Мужчины	61.9	60.2	56.7	н/д	58.2
Женщины	74.2	73.4	71.0	н/д	71.6
Источники: Тверская администрация здравоохранения, 1995; Мировой Банк, 1995; 1996					

1.2 Реформы в секторе здравоохранения

Согласно Областному управлению здравоохранения, около 60% всех текущих (1995 г.) расходований на здравоохранение направлены на стационарную медицинскую помощь (по сравнению с 45-50% в большинстве стран), 24.6% - на амбулаторную помощь, 5.2% - на стоматологическую помощь и 13.2% - на скорую медицинскую помощь (станции скорой помощи и помощь совместно со стационарными учреждениями). Общими долгосрочными задачами областного сектора здравоохранения являются - повышение эффективности и улучшение качества путем движения в сторону амбулаторной первичной медицинской помощи.

Финансирование здравоохранения. Тверская область страдает от фрагментарной и неполной системы внедрения законодательства по страховой реформе, которая предусматривает объединение фондов для целей страхования и платежей. Изменения по Федеральному Закону 1993 года о Реформе Медицинского Страхования внедрялись медленно и до сих пор продолжается переходный период.

Существует, по крайней мере, четыре различных системы для финансирования медицинских услуг:

1. процесс областного бюджетного финансирования здравоохранения, который производит оплату 28 областными учреждениями;
2. ТФМС, который собирает налог на заработную плату с работающего населения в 27 из 36 районов и подушную оплату с неработающего населения. ТФМС производит выплаты учреждениям и обеспечителям услуг в этих 27 районах, которые имеют в общем 50 учреждений;
3. центральные районные больницы и поликлиники, которые финансируются из районных бюджетов, в оставшихся районах; и
4. некоторые предприятия (например, предприятия обороны), которые разработали и продолжают использовать свои собственные системы медицинской помощи.

Учреждения в городе Тверь частично финансируются из областного бюджета, а частично из ТФМС. Существуют также «внутрирайонные» учреждения по направлениям; они были построены за счет областных фондов, но районы все еще отвечают за каждое направление. И, как в каждой области, существуют федеральные дотации на инициативы общественного здравоохранения и на специализированные учреждения медицинской помощи.

В то время как ТФМС оплачивает медицинскую помощь в большинстве районов, эти зоны в основном являются сельскими. Так, согласно Областному управлению здравоохранения, в июне 1996 года процент ТФМС в общем финансировании в области составил всего лишь 30%. ТФМС имеет отдельное количество средств, которое поступает от Федерального Фонда Медицинского Страхования на оборудование, а решения по оборудованию принимаются совместно с Областным управлением здравоохранения. Заявки на большое количество оборудования могут направляться либо в ТФМС, либо в Областную администрацию здравоохранения. Существует два посредника по страхованию, но ни один из них не является достаточно большим или (очевидно) уже аккредитованным.

Системы оплаты. До 1994 года системы оплаты полагались на традиционные подходы - зарплату и охрану труда независимо от выполнения работы. Например, зарплата главного врача скорее зависит от количества коек в его учреждении, чем от выполнения работы или от результатов.

Некоторые реформы по финансированию и предоставлению услуг начали появляться в конце 1994 года. Они включали:

- новые источники финансирования, включая выборочные контракты с фирмами, платежи из собственного кармана и 14 дополнительных (добровольных) страховых компаний;
- новые подходы ТФСМ к оплате на основе количества амбулаторных приемов и внедрение оплаты за стационарную медицинскую помощь в девяти районах на основе оплаты за случай болезни. Подход к оплате за случай болезни основывается на Медицинских Экономических Стандартах (МЭС), используя диагностические категории ICD, местную процедуру и систему фармацевтического кодирования. В результате, эта новая система была урегулирована на основе случая болезни для учреждения и для диагноза. Областная администрация здравоохранения также начала платить Областной детской больнице по системе оплаты за случай болезни, хотя оставшиеся областные стационарные и амбулаторные учреждения продолжают оплачиваться по традиционным 18 бюджетным статьям, используя нормы потребления;
- Больничные врачи остаются на зарплате и уровни зарплаты делятся на 18 категорий на основе специализации, должности, подготовки и квалификаций. Около 40% объема зарплаты, однако, проводится как «удержание» для выплаты поощрительных премий. Обзор примера районов показал общую модель, по которой больничные

врачи в среднем получают больше, чем их коллеги в поликлиниках, а специалисты получают больше, чем терапевты;

- введение нового метода учета затрат в одной центральной районной больнице; 50 других учреждений в области ввели какую-то систему учета затрат;
- введение контроля качества, используя систему штрафов за плохую практику и должностные нарушения; и
- отдельные сокращения штата ниже федеральных пределов уровней штата.

В общем, местные управленцы выразили интерес к разработке и внедрению новых подходов, но они ограничены в том, что они могут сделать по федеральным стандартам в отношении зарплат (например, зарплата главных врачей), приема на работу и увольнения, методов оплаты, нормативов и рамок лицензирования. А также, потому, что подход к оплате на основе случая болезни и приема для стационарной и амбулаторной медицинской помощи соответственно создал стимулы для увеличения объема, ТФСМ практически немедленно начал проверять способы ограничения трат учреждения.

Подтверждение качества. Традиционная (и для основной части все еще существующая) система полагается в вопросах качества в каждом учреждении на заведующих отделениями и координатора на уровне учреждения. Когда возникают основные спорные события, то они обычно проверяются комиссией, состоящей из персонала учреждения.

В каждом районе есть назначенный специалист по качеству; на областном уровне также существуют специалисты по областям медицинской помощи (например, онкология, туберкулез) которые периодически проверяют медицинские записи о пациентах, а также структуру и процессы медицинской помощи в учреждениях области. Например, специалист обычно посещает центральную районную больницу 5-6 раз в году для обсуждения с главным врачом или координатором по качеству вопросов медицинской помощи пациентам или по качеству отдельных обеспечителей услуг. Образование оказывается более важной исправительной мерой, чем наложение штрафов и санкций.

В конце 1994 и начале 1995 годов ТФСМ создал свой собственный независимый комитет экспертов. Эксперты, которые *не* являются сотрудниками ТФСМ, а скорее практикующими врачами, разработали эмпирические нормативы измерений процесса и результатов медицинской помощи. Эти нормативы используются как рекомендательные вопросы для

обзора ретроспективного учета и проверок на уровне учреждения. Медицинская помощь ниже установленных стандартов качества может отразиться в отказах по оплате. (Областные эксперты здравоохранения не имеют полномочий на финансовые санкции.) Проверки качества ТФСМ применяются только в 50 учреждениях, которые получают финансирование от ТФСМ. ТФСМ предпринимает также ряд попыток, как например, помощь в разработке нормативов лицензирования для больниц и отчетности по стандартам по медицинскому оборудованию.

Менеджмент и системы информации. К началу 1995 года ТФСМ в сотрудничестве с Областной администрацией здравоохранения разработал итоговую статистическую систему для осуществления ежемесячной статистики по посещаемости и финансовой информации. Тем не менее, в Твери недостает информационных систем на уровне пациента, которая бы систематически соединяла административную, демографическую, финансовую информацию и информацию о посещаемости.

Областная администрация здравоохранения и ТФСМ понимают важность стандартных систем на основе пациентов и уместность улучшения информации для прослеживания затрат и для улучшения подтверждения качества. Вне этих основных областей, однако их приоритеты расходятся. Приоритетами Областной администрации здравоохранения являются следующие:

- разработка системы учета и регистрации пациентов как для поликлиник, так и для больниц;
- системы учета затрат для прослеживания использования финансовых ресурсов на уровне обеспечителя, для улучшения принятия решений как на уровне учреждения, так и на уровне областного бюджетирования; и
- данные, которые способствуют обработке «приоритетности потребностей», для оказания помощи в своевременном определении специфических стратегических и оперативных вопросов относительно медикаментов, снабжения, оборудования и человеческих ресурсов.

Приоритетами ТФСМ являются следующие:

- оплата обеспечителям, включая обработку счетов, санкционирование выплат и аудиторские обязанности;

- установление цен и ставок, включая разработку унифицированных, стандартизированных систем сбора данных; и
- предельно возможное использование имеющегося в наличие и упрощенного программного обеспечения.

2.0 ДОНОРСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ЗДРАВРЕФОРМА И МИРОВОЙ БАНК

Примерно 18 месяцев, с конца 1994 до середины 1996 года программа *ЗдравРеформа* и Мировой Банк работали с коллегами в Тверской области над проектом и подготовкой реформы в секторе здравоохранения и над началом ее внедрения. (Хотя деятельность *ЗдравРеформы* в Твери прекратилась, программа Мирового Банка продолжается.)

2.1 Основание для сотрудничества

Сотрудничество воспринималось как возможность укрепления относительно сильных сторонах каждой донорской программы. Банковская программа кредита относится к нескольким областям состояния здоровья, организации и финансирования медицинской помощи и предоставления услуг. Первичными областями являются сердечно-сосудистые заболевания, общая практика (ОП) и семейная медицина, здоровье матери и ребенка и планирование семьи, а также поощрения реструктуризации обеспечителей, включая консолидированную систему менеджмента и информации (СМИ).²

² Компонентами программы кредита Мирового Банка являются:

1)

Реструктуризация сердечно-сосудистых медицинских услуг, которая разрабатывает программы первичной и вторичной профилактики, сосредоточенной на уровне участкового терапевта и семейной практики. Будут также действовать образовательные программы и мероприятия для средств массовой информации, рассчитанные на население, включая: (1) исследование медицинской осведомленности, (2) материалы по улучшению здравоохранения, (3) обзор состояния здоровья, (4) новый диабетический центр, (5) медицинское оборудование для определения факторов риска. Фонды будут также использоваться для диагностического оборудования и медицины скорой помощи, как например, новые и переоборудованные машины скорой помощи и подготовка бригад скорой помощи;

2)

Семейная медицина - для облегчения введения семейных врачей в качестве принципиальных первичных обеспечителей, постепенно заменяя «терапевта». Создавая устойчивую традицию обучения семейной медицине в Тверской медицинской академии, этот компонент мог бы (1) усилить обучающие возможности в Академии, (2) помочь организовать клиники для выпускников по программе переподготовки семейных врачей, начатой в 1993 году, и (3) модернизировать шесть поликлиник и создать сеть Консультационн

Деньги по Банковскому кредиту могли бы быть использованы для материальных вопросов, как например, новые учреждения, оборудование, обеспечение и медикаменты. Но в обстановке общего экономического упадка и хронически недостаточного финансирования медицинской помощи, все же существует осознанная необходимость для аналитических механизмов и инструментов для принятия решений вначале для пробного проведения, а затем для распространения реформ реструктуризации и для подтверждения их долгосрочной выживаемости. *ЗдравРеформа*, трехгодичная программа, финансируемая Американским Агентством Международного Развития (ААМР), помогала реорганизовать финансирование медицинской помощи и предоставление услуг в Российской Федерации и, таким образом, занималась предоставлением аналитических механизмов.³

ых, Диагностических и Лечебных Центров (КДЛЦ) для предоставления поддержки семейным врачам в направлениях на амбулаторную помощь;

3)

Здоровье матери и ребенка и планирование семьи представит изменения в нормативах клинической практики, построенные на рекомендациях федеральных рабочих групп. Этот компонент также создаст физическую обстановку для поддержки этих изменений, включая дородовой центр, 20 детских больниц и ограниченное количество оборудования, внутрирайонный перинатальный центр и центр планирования семьи и репродуктивного здоровья;

4)

Поощрения реструктуризации обеспечителя - для предоставления поддержки в разработке и внедрении улучшенной оплаты обеспечителя, подтверждении качества и системах менеджмента и информации.

Другими мероприятиями являются: Национальная Программа Подготовки по Семейной Медицине для создания моделей семейной практики в России; учебный план и развитие факультета, включая нормативы для улучшения качества и сертификации, а также компонент Наблюдения, Оценки и Распространения для разработки показателей наблюдения, оценочной деятельности, подготовке персонала по методам оценки, а также семинары и публикации относительно дублирования и копирования лучших практик.

³ Программа *ЗдравРеформа* являлась трехгодичной программой, финансируемой Американским Агентством Международного Развития (ААМР), для улучшения здоровья населения России в поддержку экономического и демократического развития. Программа возникла в результате саммита Клинтон - Ельцин в Ванкувере в 1993 году, на котором два лидера договорились о поддержке и взаимном сотрудничестве по ряду разделов, включая здравоохранение. Начатая в январе 1994 года, программа являлась уникальным общественно-частным партнерством между ААМР и консорциумом частных американских фирм, возглавляемых Абт. Ассоуиетс, и была разработана для поддержки и ускорения реформ здравоохранения в России. Программа подпитывала и ускоряла возможности учреждений общественного и частного секторов по тестированию и внедрению новых организационных, управленческих и финансовых структур (пробные проекты относились к «Рабочим моделям») для систем предоставления услуг здравоохранения, так как Россия движется в сторону большей опоры на рыночно-ориентированную экономику. Деятельность *ЗдравРеформы* опиралась на многочисленные участки по всей России. Программа сосредоточила ресурсы на разработке рабочих моделей в определенном количестве географических областей - четыре в Западной Сибири и две в Центральной России. Области в Западной Сибири (Кемерово, Томск, Новосибирск и Алтайский край) являются географически смежными областями, отобранными из-за их подтвержденного лидерства в экспериментах в секторе здравоохранения и реформах, начиная с 1960-х годов. Превоначальные приемы и модели были начаты в этих областях на ранней стадии программы. Позже механизмы и приемы применялись и адаптировались в двух областях, соседних с Москвой: в Калуге и в Твери. В дополнение, в 19 городах существовали полученные в дар участки, всего вместе - 38.

Сотрудничество *ЗдравРеформы* прежде всего выражалось в разработке и подготовке к программе кредита и было сосредоточено на одном компоненте программы кредита: стимулах реструктуризации обеспечителя и разработке консолидированной СМИ. Экспериментальные участки были отобраны для проектировки, разработки и внедрения новых подходов в оплате и менеджменте, информационных систем и процессов подтверждения качества. В конечном итоге, участки будут служить проводниками для областных реформ, и первоначальными рынками для новых подходов на период программы кредита.

Деятельность СМИ в рамках этого компонента была особенно амбициозной и обширной. ТФСМ в сотрудничестве с областным управлением здравоохранения разрабатывает консолидированную систему информации, которая соединяет финансовую, демографическую информацию и информацию о посещаемости и практике от уровня отдельного пациента и отдельного врача до областного уровня. Центр Обработки Информации в области (должен быть организован при Областном управлении здравоохранения) соединит ТФСМ и отдельные учреждения в сеть параллельной обработки данных для обслуживания клиента, смоделированной по образцам подобных систем в Самаре, Санкт-Петербургской и Кемеровской областях. Системы будут иметь следующие применения: финансовый учет ТФСМ; обработка выплат обеспечителю; менеджмент посещаемости и практики; подтверждение качества; статистическое моделирование для развития обслуживания и норм оплаты; регистрация амбулаторных пациентов; выписки из больницы и мероприятия по проекту наблюдения. Части этой сложной информационной системы уже проверены (например, выплаты обеспечителю, посещаемость) в качестве отдельных систем. Другие (например, финансовый учет ТФСМ) будут начаты в намеченные сроки.

Фонды Банковского кредита будут использоваться для разработки и тестирования отдельных применений в 14 различных учреждениях и для соединения их через Центр Обработки Информации. Каждое применение будет проверено в двух или более учреждениях. Пробное тестирование *пройдет в течение первого года проекта Банковского кредита*, следующим тестированием будет новая оплата обеспечителям и системы подтверждения качества.

Финансируемая *ЗдравРеформой* деятельность относительно СМИ должна была сосредоточиться на помощи в разработке и проведении пробной фазы с дополнительными фондами по Банковской программе для разработки программ привычного применения. И снова, Мировой Банк поставил условие, чтобы приемлемые планы для внедрения во всей области были *условием расчетов по программе Банковского кредита*.

2.2 Определение времени деятельности донорского сотрудничества

Таблица 2 представляет обзор расписания и мероприятий донорского сотрудничества, которые были разработаны в 1994 году. Как показывает таблица, программа *ЗдравРеформа* могла бы сотрудничать с программой Мирового Банка путем предоставления, в первую очередь, технической помощи и обучения для обеспечения механизмами и приемами как для внедрения, так и для поддержки этих реформ на длительный период.

Таблица 2 Сотрудничество Мировой Банк / ЗдравРеформа в Тверской области

	КГ - 1995	КГ - 1996	1997-1998 ⁴
<i>ЗдравРеформа</i>	<p>Техническая помощь и обучение, Субсидированное финансирование относительно стратегии и пробного проекта программы кредита:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Подтверждение качества - Системы менеджмента и информации - Оплата и финансовый менеджмент 	<p>Дальнейшая техническая помощь и обучение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Завершены рабочие модели - Внедрены пробные проекты 	<p>1) Техническая помощь и обучение относительно внедрения пробных проектов по всей области</p> <p>2) продвижение и распространение</p>
Проект Мирового Банка по реформе здравоохранения	<p>1) Завершены предложения по Банковскому кредиту</p> <p>2) Банковская проверка и процесс утверждения</p>	<p>1) Начинается банковский кредит / поступление фондов:</p> <p>2) Капитал, оборудование, обеспечение, персонал</p>	<p>Наличие возможного Кредитного Фонда для внедрения пробных проектов по всей области</p>

⁴ Деятельность *ЗдравРеформы* зависит от возможности продления контракта

Команды экспертов из обеих программ работали вместе в начальной стадии с конца 1994 года до середины 1995 года над разработкой программы и над определением экспериментальных участков. С начала 1995 года до середины 1996 года программа *ЗдравРеформа* оказала поддержку в разработке и внедрении новых систем в экспериментальных учреждениях вместе с основным руководством здравоохранения в области.

Текущие планы требуют завершения процесса утверждения Банковского кредита к началу 1997 года; к этому времени программа в действительности может начаться. Однако, дальнейшая работа *ЗдравРеформы* в 1997-98 годах не будет продолжена из-за того, что будет завершён российский компонент Программы.

3.0 МЕТОДЫ И ОБЪЕМ ПОМОЩИ: ЗДРАВРЕФОРМА В ТВЕРИ

Начиная с 1995 года, программа *ЗдравРеформа* поддерживала сектор здравоохранения Твери несколькими способами. Поддержка была сосредоточена на пяти областях:

- 1) **Разработка политики:** установление юридической / регулирующей основы для реформы здравоохранения;
- 2) **Улучшение качества:** новые подходы для повышения качества медицинской помощи в больницах и поликлиниках;
- 3) **Менеджмент финансов и ресурсов:** новые подходы в управлении притоком фондов и в создании новых стимулов, которые увеличат производительность и качество услуг;
- 4) **Информационные системы и организационный менеджмент:** установление современных, компьютеризированных информационных систем и систем менеджмента для поддержки реформ по качеству медицинской помощи и финансированию; и
- 5) **Распространение:** распространение опыта успешных рабочих моделей и систем из других областей России для содействия их копированию в Твери и где-либо еще в России и для создания нового поколения руководителей сектора здравоохранения.

3.1 Определение экспериментальных учреждений

Ресурсы были сосредоточены на программе начальных экспериментальных участков для разработки и тестирования новых подходов и систем. Выбор учреждений был проведен *ЗдравРеформой* в сотрудничестве с командой Мирового Банка и участниками из Областного управления здравоохранения и ТФСМ. Шестью выбранными экспериментальными учреждениями были:

- одно областное учреждение в г.Тверь: Областная детская больница
- два городских учреждения в г.Тверь: городская больница и поликлиника №1 (Отдельная Санитарно-Медицинская Станция или ОСМС) и Городская больница и поликлиника №6; и
- три центральные районные больницы и связанные с ними поликлиники: Кувшиновская центральная больница и поликлиника, Нелидовская больница и поликлиника и Калязинская центральная больница и поликлиника. Позже тверские участники согласились расширить экспериментальный участок в Кувшиновском районе до размеров всего района, а не только включать центральное районное медицинское учреждение. Район включает фельдшерские станции, врачебные станции/пункты и 2-3 небольшие участковые больницы (которые похожи на медсестринские учреждения). ТФСМ обеспечивает около 70% финансирования в районе.

Тверские участники использовали следующие критерии отбора:

- все учреждения, за исключением Детской больницы, тесно связаны с филиалами ТФСМ;
- учреждения имеют хорошо подготовленный персонал и экспертизу в областях реформ оплаты;
- учреждения имеют оптимальные шансы для точности в отчетности по данным в финансовой и клинической областях;
- учреждения были признаны «лидерами»;
- многие учреждения уже испытывают новое программное обеспечение СМИ местного консультанта, Сергея Туркина;
- учреждения имеют потенциал для интеграции ОП/семейной медицины с компонентом кредита Мирового Банка;
- учреждения представлены на всех уровнях иерархии системы здравоохранения; и
- учреждения выразили «готовность» к реформе, что было измерено качеством персонала, руководства и интересом к политике реформы.

Таблица 3 представляет данные описания каждого учреждения.

Через несколько месяцев после соглашения тверское руководство потребовало, чтобы Нелидовская центральная больница/поликлиника и Калязинская центральная больница/поликлиника были исключены из программы экспериментального участка. Вместо них в программу был включен весь район Вышний Волчок. Это привело в пробный проект участок как с городской, так и с сельской зонами и с более обширным

рядом обеспечителей и учреждений, чем два исключенных учреждения, которые являлись всего лишь центральными районными учреждениями. Район Вышний Волчок выбрал прогрессивную модель реформы - «рискованную для района» модель на основе подушной оплаты - для действительного тестирования.

Был также разработан многолетний план распространения. В общем, распространение реформ оплаты обеспечителям в Год 3 и в Год 4 по кредитной программе требовалось всем учреждениям в г.Тверь, в Ржевском районе и в районе Вышний Волчок. В дополнение, демонстрации должны были быть распространены во всех учреждениях по всему району. К концу Года 5 должно было быть проведено внедрение по всей области.

3.2 Определение стратегии экспериментального учреждения

В конце лета 1995 года вместе с участниками из Твери и Мирового Банка были разработаны общая стратегия технической помощи и обучения и определение специфических заданий. План являлся руководством для персонала *ЗдравРеформы* в разработке заказов на задания и связанных с ними бюджетов для утверждения в ААМР.

В октябре 1995 года был подписан Меморандум Взаимопонимания (МВ) между программой *ЗдравРеформа* и губернатором области с общей проверкой и утверждением представителями Мирового Банка. МВ отразил взаимный обмен экспертами между *ЗдравРеформой* и руководством сектора здравоохранения Твери, который имел место в сентябре и октябре: а именно, соглашение по проверке специфических моделей реформы, по руководителям команд для каждой самостоятельной области и по плану внедрения специфических подходов в учреждениях с предполагаемыми временными рамки для предоставления помощи и обучения. Разделы 1 и 2 показывают выбранные модели реформы, подходы и предполагаемые временные рамки в самом МВ.

Таблица 3 Тверь: Исходные экспериментальные участки и учреждения

Учреждение	Кол-во коек	Врачей	Медицинского персонала	Подход к реформе оплаты	Вопросы / комментарии
Областное					
Детская больница	375	109	517	Состав случаев, согласованный со стоимостью на случай болезни	Схема местных экспертов
Городское (г.Тверь)					
Больница/поликлиника №1 (ОСМС)	500	234	844	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Расположено в Завольском районе (население - 130,000)
Больница/поликлиника №6	585	384	1122	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	
Районное					
Кувшиновская центральная больница/поликлиника	195	34	248	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Соглашение о включении всего района/ связь с
Нелидовская центральная больница/поликлиника	550	101	706	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	Самое большое центральной районное учреждение в участке
Калязинская центральная больница/поликлиника	240	45	339	Подушная оплата или держатель Фонда / Фонд для оплаты ОП	

Раздел 1

ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ

Учреждение или географическая область

Пять экспериментальных участков:
Областная детская больница
Больница и поликлиника №1 («ОСМС»), г.Тверь
Больница и поликлиника №6, г.Тверь
Вышний Волчок
Центральная районная больница и поликлиника / район
Кувишиновский район

Руководители команды

Доктор Александр Злобин (оплата обеспечителям)
Доктор Борис Могилевский (качество)
Доктор Александр Молокаев (системы менеджмента и информации)

Демонстрационный обзор подходов, используемых на участке

- Методы оплаты

Усовершенствования оплаты за состав стационарных случаев (Детская больница; Больница №1) Поликлиника - владелец фондов (поликлиника №1) Подушная оплата с гибкостью в вопросах экспериментирования со стационарными и амбулаторными методами оплаты, включая поощрительные системы для персонала (район Вышний Волчок; Кувишиновский район; возможно разработать для больницы/поликлиники №1, что должно быть определено к январю 1996 года)

примечание: подход к оплате больницы/поликлиники №6 должен быть определен к декабрю 1995 года.

- Системы менеджмента и информации

Элементы стандартных данных - клинических, финансовых, административных
Разработка систем программного обеспечения / компьютерного оснащения

*Менеджмент посещаемости
Системы учета затрат*

*Вопросы менеджмента, например,
Контракты по автономии учреждений*

- *Контракты с персоналом*
- *Совет директоров*
- *Обучение персонала*
- Финансовое моделирование / разработка
статистической базы данных
Финансовый менеджмент*

• **Улучшение качества**

*Методы и подходы непрерывного улучшения качества (НУК)
Разработанный на экспериментальных участках процесс*
НУК

*Дополнительные показатели и системы, относящиеся к
новой системе оплаты, например,
Показатели амбулаторной медицинской помощи
Критерии поступлений в больницу
Критерии направлений
Выписка / последующая медицинская помощь
Способы моделирования клинической медицинской помощи*

Раздел 2

Предлагаемые временные рамки внедрения

Октябрь - декабрь 1995 года

Проектировка и спецификация подходов на экспериментальных участках
Разработка модели контрактных обязательств
Разработка базы данных
Разработка и передача применений в дар экспериментальным участкам
Начало внедрения аналитических механизмов

Предлагаемые ежемесячно мероприятия

1) Октябрь

*Оценка текущих способов оплаты в экспериментальных участках
Начало проверки специфических черт проекта оплаты по
альтернативным способам оплаты*

- *подушная оплата / держатели фондов*
- *уточнения состава случаев для больничной
медицинской помощи*
- *как оплачиваются врачи*
- *использование удержаний*
- *поэтапный подход (например, полный риск в Год 1?)*

*Разработка предоставляемых в дар экспериментальным участкам
применений*

Сбор данных за годы 1990 - 1995

2) Ноябрь

*Начать проектировку программного обеспечения и компьютерного
оснащения*

Разработать единый набор данных

Семинар по качеству

*Разработка моделей контрактов для плательщика, учреждений и
персонала*

Начало строительства мощностей в экспериментальных участках

3) Декабрь

*Начать разработку показателей качества для стационара и
амбулатории*

Разработка аналитических механизмов, например,

- *финансовое моделирование / моделирование спроса*
- *методы учета затрат*

Январь - март 1996

Продолжить разработку аналитических и проектировочных механизмов

Закончить проект оплаты экспериментальных учреждений

*Интегрировать аналитические механизмы с мощностью экспериментальных
учреждений для внедрения моделей*

Предлагаемые мероприятия по месяцам

1) Январь

Аналитические механизмы, например,

- *менеджмент посещаемости*
- *усовершенствующие определения состава случаев
болезней*

*Окончание проекта оплаты в экспериментальных учреждениях
Ежеквартальная отчетность о результатах -- Тверь и Калуга*

2) Февраль

*Аналитические механизмы, например,
- нормативы для уровней медицинской помощи
(например, амбулаторные учреждения)
Разработать Предварительную Подушную Ставку
- уточнение риска
- объемы высокого риска
- распространение материалов для обзора и
комментариев*

3) Март

*Окончательные проекты оплаты и уточнения
Разработка пробной базы данных
Завершение модельных контрактов*

Апрель - июнь 1996

*Внедрить экспериментальные проекты
Проверить пробный поток фондов по контрактам
Интегрировать МСИ и Механизмы Качества с изменениями оплаты*

1) Апрель

*Начать пробу нового подхода к оплате
Интегрировать новые определения качества и процессы
Интегрировать компоненты менеджмента и систем информации
Ежеквартальная отчетность о результатах -- Тверь и Калуга*

2) Май

*Новое качество механизмов медицинской помощи, например,
- Планирование клинической медицинской помощи
Продолжать пробу новых подходов*

3) Июнь

*Новое качество механизмов медицинской помощи, например,
- Планирование клинической медицинской помощи
Продолжать пробу новых подходов*

Июль - сентябрь 1996

Оценка экспериментальных моделей оплаты
Решения по усовершенствованию моделей оплаты
Полное внедрение новых моделей оплаты

1) Июль

Начать оценку результатов проб

Оценка моделей оплаты

- *финансовые*
- *информации / менеджмента*
- *качества*
- *доступа*

Ежеквартальная отчетность о результатах: Тверь и Калуга

2) Август

Завершить оценку

Решения по усовершенствованию моделей оплаты

3) Сентябрь

Полное внедрение

- *системы оплаты*
- *менеджмента / информации*
- *компоненты качества*

4.0 ДАННЫЕ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ

В общем, на сегодняшний день результаты в Твери различны. Ряд экспериментальных учреждений сделали прогресс в разработке новых методов оплаты и использовании финансовых ресурсов. Моделями оплаты, которые коренным образом были изменены учреждениями, являлись районные бюджеты на подушной основе, которые создавали определенный риск для районов при обеспечении медицинской помощью по фиксированному бюджету, а также глобальные бюджеты для городских больниц, которые распадаются на этапы в зависимости от возраста / пола.

До сих пор с трудом продвигаются попытки на областном уровне относительно финансирования и разработки основного плана СМИ для программы получения займа у Мирового Банка, хотя в последнее время

техническая поддержка указывает на потенциальные успехи зимой 1997 года.

На областном уровне также заметны в настоящее время два положения относительно финансирования и управления ресурсами. Одно относится к *источникам фондов*, а другое - к *использованию фондов*:

- **Фрагментарность притока фондов:** продолжает существовать недостаток внедрения новых законов по реформам страхования, которые требуют интеграции финансирования, при которой все фонды на медицинские услуги проходят через ТФСМ. Вместо этого, продолжается фрагментарность источников финансирования, описанная в разделе 1.2. В кратце, это создает возможности для передвижения затрат, при которых каждое учреждение смогло бы назначать более высокие цены на услуги и / или более индивидуально изменять статьи затрат для тех плательщиков, которые могут заплатить больше. Этот вопрос ставит под угрозу завершение программу по получению займа у Мирового Банка.
- **Прогресс экспериментальных учреждений в стимулировании реструктуризации:** губернатор области Платов подписал Указ весной 1996 года, отменяющий обычные областные правила и предписания и разрешающий экспериментальным учреждениям начать реструктуризацию и внедрение реформ. Этот процесс запрещен является потенциальной моделью для всей России, хотя федеральные нормативы все еще могут оставаться проблемой.

4.1 Фрагментарность притока фондов

За последние несколько лет Тверь делает шаги вперед и назад. Основные учреждения во всех 36 районах, также как и основные учреждения неотложной помощи, Областная детская больница и главная больница в г. Тверь, будут находиться под ТФСМ, с первоначальной стадией внедрения с 1 января по 1 апреля 1997 года. Область сохранит только специализированные учреждения и родильные дома. Однако, не предполагается, что процентное соотношение в относительной доле фондов между ТФСМ и Областной организацией здравоохранения изменится по сравнению с коэффициентом 1996 года, а именно приблизительно 60% - ТФСМ и 40% - Областная администрация здравоохранения.

Соглашение по консолидации учреждений в рамках Фонда и соотношение процентной доли не изменяется благодаря последнему федеральному закону и Указу от 5 октября 1996 года Федеральных Министерств Финансов и здравоохранения (при поддержке Федерального Фонда), который делает «учредителя» учреждения ответственным за Статью 3 бюджета здравоохранения - коммунальные расходы и затраты на обслуживание. В сущности во всех случаях, учредителем является местный район, городское или областное правительство. Местные администраторы района обладают некоторой гибкостью на уровне финансирования, зависящего от распределений на социальный сектор из области и от дополнительных налогов, собираемых на местном районном уровне.

Этот указ и последующий подход к бюджетированию могли бы уменьшить способность Фонда разрабатывать настоящий глобальный бюджет, так как затраты по Статье 3 составляют 20-30% всех затрат учреждения. Предполагается, что этот указ должен создать стимул для работы маргинальных учреждений, так как существует два отдельных плательщика за медицинскую помощь, а Областная администрация здравоохранения могла бы выделить деньги на эти постоянные затраты независимо от уровня производительности и эффективности учреждения. Руководители экспериментальных учреждений подтвердили, что это их желание оставить все основные средства с дополнением этого указа.

На уровне отдельного учреждения доходы от различных плательщиков не собираются из-за того, что доходы на уровне области и района распределяются по отдельным бюджетным разделам или отдельным бюджетным статьям. Неспособность медицинского учреждения объединять эти различные источники дохода в единый счет доходов в дальнейшем уменьшает стимулы в рамках глобального бюджета, потому что существует незначительная возможность перераспределения фондов из одной статьи бюджета на другую. Единственным учреждением, где разрешено объединять все доходы от различных плательщиков на одном счете, является Кувшиново, которому местный районный администратор гарантировал гибкость в этих вопросах.

4.2 Глобальные бюджеты

Глобальные бюджеты для экспериментальных учреждений в первый год построены на использовании соединения исторических бюджетов (80%) и распределений глобального бюджета на подушной основе, согласованных с различиями в возрасте / поле (20%). Составной коэффициент бюджета основывается на наборе бюджетных данных, интегрированных из информации ТФСМ и Областной администрации здравоохранения; была

разработана трехгодичная база данных (1993-1995), и была использована средняя (линия отклонения), уточненная по диагностическим категориям.

Этот процесс смешивания исторического и подушного глобальных бюджетов, который Эд Фрид рекомендовал в качестве переходного подхода, используется в Кемерово (область в Сибири). (Текущие контракты, используя данные о соотношении 80 : 20, действуют только шесть месяцев, и срок действия контрактов истек к 1 января 1997 года.) Это было также полезно, так как данных на основе пациента не было в наличие для адекватного уточнения подушной ставки: данные имелись только для возрастных групп 0-2, 3-15, 16-54 (женщины), 16-59 (мужчины), 55+ (женщины), 60+ (мужчины).

Глобальные бюджеты были уточнены для способствования эффективному использованию стационарных услуг. Во-первых, для того, чтобы отбить охоту у больниц принимать пациентов, которые не нуждаются в стационарных услугах, оценка ненужных госпитализаций использовалась для уточнения снижений глобальных бюджетов. Экспертные группы врачей составили оценку путем определения ненужных поступлений из проверки 10% медицинских карточек пациентов и экстраполяции на весь сектор здравоохранения. Во-вторых, в учреждениях, имеющих и поликлинику, и больницу, часть фондов от снижения стационарных поступлений была переведена в бюджет поликлиник для поддержания нейтралитета бюджета.

В последнее время ТФСМ планирует перейти в 1997 году к ставке оплаты - 50% исторический бюджет / 50% подушный бюджет, а затем к подходу полного 100% подушного бюджета в 1998 году, хотя непонятно, будут ли к тому времени иметься необходимые данные. Фонд потребовал, чтобы все учреждения отчитались по данным о приросте за 10 лет в их зонах охвата населения. Этот подход, полезный для расчета подушных распределений в экспериментальных учреждениях, повлияет на распределения в других учреждениях. Данные требуются к 20 июля 1997 года, но некоторые учреждения уже ответили, что данных не имеют.

Директор ТФСМ первоначально предположил, что исторические бюджеты приблизились бы к бюджетам на основе подушного подхода с уточнением риска (возраст, пол, другие), хотя никакие эмпирические утверждения этого не подтвердили. Переговоры между Фондом и отдельными учреждениями о соглашении по окончательной сумме бюджета были незначительными или не велись вообще: Фонд разработал калькуляцию, и бюджет был определен в контракте. Фактически, анализ, проведенный главным экономистом Фонда, показал, что несколько экспериментальных учреждений отклоняются от бюджетных калькуляций Фонда более, чем на 20% - или выше (Вышний Волчок - 47%, Кувшинова - 28%), или ниже (больница / поликлиника №1 - 37%, больница / поликлиника №6 - 21%). Как и предполагалось, находясь в зависимости от текущей ситуации,

главные врачи затронутых учреждений пожаловались на то, что Фонд отходит от подхода к анализу на основе посещаемости или, что не достаточно быстро проходит продвижение в сторону подушной договоренности. Они также указывают и на другие проблемы, такие как факт не включения старых долгов в калькуляции глобального бюджета.

Подразумевается, что выплаты по глобальному бюджету должны производиться ежемесячно на основе договорных условий контракта. Однако, из-за недостаточного финансирования выплаты производились несвоевременно, и часто они были ниже суммы, определенной по контракту. Фонд заявляет, что он обладает незначительной возможностью оценить притоки будущих поступлений от Администрации здравоохранения и работодателей, и таким образом, это задерживает его возможность разрабатывать и придерживаться точных сумм и процессов контракта.

Нет объединения в фонд риска, т.е. плательщик не установил отдельных фондов для оплаты непредвиденных финансовых рисков. Однако, отдельные учреждения установили некоторые отдельные фонды для покрытия непредвиденных затрат, которые не покрываются из глобального бюджета. Не были еще установлены правила о том, как использовать дополнительные фонды, которые появляются, когда больница не использует полностью свой глобальный бюджет к концу года, из-за более низкого, чем предполагалось, объема услуг. Большинство руководителей учреждений предполагают распределять излишки между премиями к зарплате и покупками нового оборудования. Если существует излишек поступлений относительно запланированного по контракту объема, то выплаты будут определены на основе случай болезни-за случаем болезни.

Формула ставки бюджета будет основана на ставке инфляции зарплаты, используемой Министерством Экономики, плюс правительственная подушная ставка. В этом случае формула ставки не имеет других уточнений.

4.3 Автономия учреждения

По программе главные врачи экспериментальных учреждений имеют «новые права» на приобретение оборудования и материалов по их усмотрению. Трудовые правила все еще остаются проблемой, так как зарплата должна основываться на федеральной системе заработной платы, но существует новая гибкость в вопросах приема на работу и увольнения, а также развитие и использование премиальных фондов.

В любое время на уровне учреждения могут быть неформально изменены МЭС. Однако, изменения стандартов для всей области потребуют

официальной проверки и утверждения на областном уровне. В результате, руководство Фонда постановило, что МЭС должны использоваться только для целей планирования, а не для ежедневной медицинской помощи и, что изменение стандартов не является полезной практикой при условии значительного воздействия на поведение учреждения.

Главные врачи и руководители заявляют, что новая система переориентировала отношение и поведение в сторону большей эффективности и качества, и, что были получены дополнительные ресурсы на оборудование и премиальные выплаты к зарплате. Также существует восприятие лучшей работы в команде и более точной координации медицинской помощи в рамках новой системы. Главные врачи заявляют, что стали более значимыми инициатива и нововведения на уровне отделения и, что скорее возрастает количество решений, принимаемых «снизу-вверх», чем исключительно решений «сверху-вниз».

4.4 Качество / штрафы и премии врача

Экспериментальные учреждения начали разрабатывать новые системы улучшения качества, но изо дня в день действуют старые системы контроля качества на основе штрафов и премий. Это означает, что в некоторых учреждениях существуют две системы качества, при которых новая система скорее присоединяется к старой, чем заменяет её.

Старая система штрафов используется сложным и предписанным способом для создания стимулирующих премиальных выплат врачам. Индивидуальная работа врача оценивается по предполагаемым уровням выполнимости работы. Если нормативы соответствуют индивидуальным показателям, то дается «1» балл. Все показатели взвешиваются и часто имеют различные значения по разным пунктам, своевременно отражая местные приоритеты. Показатели «суммируются» и коэффициент действительного-против-предполагаемого умножается на какую-то стандартизированную премиальную сумму, имеющуюся для распределения.

Новая система показателей качества медицинской помощи и ее улучшения относится к каждому определенному учреждению, разрабатывающему свой собственный набор показателей.

4.5 Подготовка по первичной медицинской помощи

Прогресс в подготовке врачей по первичной медицинской помощи остается неоправданно медленным. Местная Тверская Медицинская Академия каждый год выпускает 20-25 семейных врачей. В настоящее время

существует два пункта в экспериментальных учреждениях в Кувшинове и в больнице / поликлинике №6. Но ни в коем случае для этих практиков премиальные выплаты не являются разными (см. ниже более подробное обсуждение премиальных выплат), у них также нет отдельных кабинетов за пределами поликлинической структуры. Несколько главных врачей пожаловались на бюрократические проволочки в распределении мест и оборудования для выпускников.

5.0 ОТЧЕТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Несмотря на проблемы, указанные в предыдущем разделе, не следует упускать один важный вопрос - в отдельных экспериментальных учреждениях достигнут прогресс. Среди экспериментальной группы Кувшиновский район является лидером, но все экспериментальные учреждения отчитались по одиноким областям аналитической деятельности и организационной реструктуризации в поддержку долгосрочных реформ; эти мероприятия включали прослеживание стационарных и амбулаторных затрат с анализом стационарного потока, а также анализ процессов менеджмента посещаемости с заострением внимания на определении:

- ненужных поступлений;
- дублировании анализов для поступления;
- возможности сокращения продолжительности пребывания; и
- альтернатив больничной медицинской помощи, таких как медицинская помощь на основе амбулаторий и дневные стационары для «социальных случаев».

Далее друг за другом следуют отчеты экспериментальных учреждений, которые включают основную описательную информацию, прогресс на данный момент и задачи, которые остаются.

5.1 Областная детская больница

В этот центр направляют пациентов со всей области. Первоначально был выбран проект оплаты, включающий усовершенствованные уточненные по составу случаев болезни выплаты за стационарную помощь. В октябре 1995 года учреждение перешло от оплат за койко-день к средней ставке на отделение, а затем в 1996 году учреждение усовершенствовало систему

состава случаев болезни. Была разработана своя собственная пробная модель.

Текущая система по случаям болезней основывается на отделении и имеет 10 категорий в каждом из 10 клинических отделений учреждения (т.е. примерно 100 категорий выплат). Категории основываются на делении по диагностическим группам (внутри отделения), затем они оцениваются и модифицируются по коду сложности (1-10), который определяется комиссией врачей. Код сложности основывается на клинической сложности, а не на использовании ресурсов. Затем относительная величина умножается на 1) коэффициент бюджета отделения⁵, деленный на нормативные или запланированные койко-дни, и 2) среднюю продолжительность пребывания (СПП) по диагностическим категориям и уточненную для хирургических вмешательств. СПП основывается на опыте отдельного учреждения. В учреждении наблюдается 5-7% увеличение сложности случаев (возможное отклонение кода) за последний год. Оплата за случай болезни стандартизируется каждый месяц для уточнения изменений в СПП и в уровнях сложности, таким образом поддерживая тип ограничения бюджета (хотя не существует ограничения объема).

Поликлиники, связанные с Детской больницей, будут продолжать использовать оплату за услугу с набором ставок за услуги. Поликлиника является центром направлений и имеет только специалистов; в ней нет врачей первичной медицинской помощи. Был разработан и составлен план графика оплат / системы возмещений для переводов и направлений от учреждений Фонда, которые будут использоваться в промежуточный период до перехода в Фонд.

Система оплат для больницы в будущем остается неясной. Первоначально менеджеры больницы проявили интерес к подходу - глобальный бюджет, но Областное управление здравоохранения ответило отказом. В конце июня 1996 года они снова проявили интерес к глобальному бюджету, в этот раз обратившись к команде Мирового Банка, но Мировой Банк был озабочен тем, что больница снизит поступления и будет отсылать пациентов в учреждения, получающие возмещение затрат от Фонда или от области из другого бюджетного распределения. Возможность перемещения затрат возобновила важность нахождения способов интегрирования источников финансирования. (Недавнее решение о переходе Детской больницы в ТФСМ могло бы облегчить перемещение затрат.) Менеджеры больниц также указали, что каждое отделение будет иметь свой собственный «мини-глобальный бюджет» для премиальных врачам и для поощрительных мероприятий.

⁵ Параклинические затраты не включаются

В декабре 1996 года руководители учреждения указали, что они отказались от планов на глобальный бюджет из-за «несоответствующего финансирования». Учреждение будет продолжать пользоваться системой типа ГСД для получения возмещения от Областного управления здравоохранения за оказание медицинской помощи. Руководство учреждения не стремится переходить под контроль ТФСМ в 1997 году и может апеллировать решение. В то же самое время возможно правда то, что руководство области незаинтересовано так, как оно могло бы быть заинтересовано, в некоторых новых разрабатываемых системах.

Учреждение принимает требования на каждое поступление, но из-за недостаточного финансирования затраты возмещаются только по зарплате. Тем не менее, по отчету в июне 1996 года зарплата была увеличена на 35% по сравнению с предыдущим годом (предположительно благодаря изменению объема). Доходы врачей основываются на нормативе минимальной федеральной зарплаты⁶ плюс премиальные. Премиальные зависят от производительности свыше установленного в зависимости от бюджетного норматива, плюс ранее упомянутые показатели качества, и ряд штрафов и пени для отклонений, разработанный доктором Галиной Царик (Кемерово) на основе МЭС. Пеня также могут собираться за несоответствующие продолжительности пребывания, нарушения трудовой дисциплины (например, опоздания), отклонения от режима инфекционного контроля, неправильно оформленную документацию, недостаточное количество документации медицинского учета и подтвержденные жалобы от членов семьи на качество медицинской помощи. Пеня вычитаются из суммы премиальных. Таким образом, врач с наименьшим количеством плохих показателей получает наибольшие премиальные.

Учреждение закончило проверку моделей посещаемости в середине 1996 года, включая:

- оцененные СПП по отдельным диагнозам для определения неэффективных зон; альтернативные подходы к «прослеженной» медицинской помощи;
- анализ ежемесячных поступлений для определения типов случаев болезней для перевода в амбулаторное отделение;
- были подготовлены для использования койки дневного стационара в специфических отделениях; и
- соответствие необходимости внутрибольничных анализов и консультаций специалистов.

У больницы есть многообещающая альтернатива по улучшению качества, которая включает меры по 30-дневной повторной госпитализации,

⁶ Уровни зарплаты зависят от отработанных часов, опыта, специализации.

хирургическим осложнениям, инфекциям и заболеваемости в больнице, непредвиденным направлениям в ЕИМП, действительной смертности в сравнении с предсказываемой, состоянию при выписке и уровни удовлетворенности пациентов. Три четверти данных были собраны с целью утверждения основного направления и знаменателя для коэффициентов измерения качества.

Менеджеры больницы выразили озабоченность тем, что не существует СМИ стратегии по качеству на основе учреждения, систем менеджмента и информации. В учреждении есть хорошая команда аналитиков, которые собирают данные по посещаемости и затратам и, которые провели презентации своей работы по микро-определению затрат на нескольких форумах. Они также пригодились для обучения этим подходам коллег в Калуге. Тем не менее, это учреждение испытало некоторое разочарование, так как в течение нескольких месяцев в развитии или политике не произошло ощутимых или видимых изменений.

Запланированные на будущее мероприятия включают снижение СПП для определенных диагностических категорий, учитывая запланированные хирургические операции. Кроме того, за последний год СПП сократилась с 16.0 до 14.5 дней. Однако, количество поступлений увеличилось с приблизительно 2,500 до 2,900 в квартал, указывая на то, что может быть необходима какая-то проверка соответствия.

5.2 Больница / поликлиника №6

Это учреждение включает пять поликлиник, две из которых - детские поликлиники. Все вместе они насчитывают 585 коек, В начале 1995 года количество охваченного медицинской помощью населения насчитывало примерно 127,000. В 1994 году его доходы составили 200 миллионов рублей по отдельным контрактам с предприятиями на осмотр сотрудников и т.д.; примерно 9 миллионов рублей от ТФСМ (это одно из двух учреждений в г. Тверь, которые включены в сеть Фонда) и постатейный бюджет на медикаменты и на другие статьи.

В 1995 и 1996 годах 58% процентов затрат ушло на стационарную помощь, оплаченную на основе традиционных бюджетных категорий с поощрительными премиями для врачей. Предполагалось, что учреждение перейдет к оплате за состав случаев болезней на одно поступление, но этого не произошло. Руководство попыталось сохранить исторический профиль в виде группы учреждений с определенным охватом населения, и в то же время делая из объединения центр для направлений на специализированную медицинскую помощь.

В начале 1996 года больница провела некоторую реструктуризацию. Терапевтическое отделение сократило 15 коек. Был повышен статус кардиологического отделения, которое стало городским центром, а часть объема пациентов была переведена из больницы в поликлинику. Планировалось объединить отделение с отделением хирургии на грудной клетке. Были внедрены новые приборы наблюдения изменений пульса.

В конце весны 1996 года были проверены методы для увеличения направлений на амбулаторную медицинскую помощь и в дневной стационар. Проверяющие обнаружили, например, что 28% поступлений было проведено по направлениям скорой помощи. А также, многие поступления представляли собой «социальные случаи», в частности алкоголики.

В последнее время в связи с контрактом по глобальному бюджету было разработано несколько новых инициатив и программ по менеджменту использования практики пред-поступлений - сокращение дублирования стационарно-амбулаторных анализов и предоперационных хирургических дней в больнице. И снова были сокращены койки: 15 в педиатрическом, 10 в хирургическом и 10 в пульманологическом отделениях.

Экономисты больницы прошли подготовку по использованию электронных таблиц, которые позволяют производить «множественные калькуляции показателей деятельности больницы». Летом 1996 года было введено усовершенствованное наблюдение за отделениями внутри больницы путем сбора более подробных данных и продолжающегося анализа притоков пациентов в поликлиники. Учреждение также начало собирать данные, которые будут определяющими для амбулаторных и стационарных показателей.

По отчетам доля расходов на стационарную и амбулаторную помощь на базе больницы значительно уменьшилась - с 58% до 46%. Расходы на параклинические услуги увеличились с 17% до 21%, но определить доли стационара и амбулатории невозможно. Доли других остались неизменными: поликлиника - 26%; стоматология - 5%, дневной стационар - 1%.

По отчетам с октября 1995 по октябрь 1996 года поступления сократились: всего поступлений по больнице - с 959 до 744; поступлений в пульманологическое отделение - с 112 до 73 в месяц, в отделение общей медицины - со 113 до 97 и в педиатрическое отделение - с 108 до 34. По отчетам СПП сократилась с 17.2 до 16.8 по всему учреждению, с 18.1 до 17.6 в кардиологическом отделении и с 28.8 до 23.1 в эндокринологическом отделении. В некоторых отделениях наблюдалось увеличение СПП

(возможно благодаря составу более тяжелых пациентов). Персонал был сокращен на 1.5% среди врачей и на 5.5% среди медсестер.

В настоящее время из-за недостаточного финансирования не действует никакая система поощрения врачей или персонала. Показатели, разработанные для системы премий, очень похожи на те, которые используются в Детской больнице (см. Выше), лишь с несколькими изменениями в списке показателей с целью отображения взрослого состава пациентов. Больница / поликлиника №6 также ввела систему улучшения качества с приблизительно такими же показателями, как в Детской больнице.

Руководители учреждения расстроены тем, что не существует проекта или стратегии СМИ. Они выразили интерес к разработке первого наброска проекта в последующие 30-90 дней.

5.3 Больница / поликлиника №1

Зона охвата поликлиники в 1995 году была 128,000 населения. Из общего количества - 25,000 человек оплачивались по контрактам с работодателями. Пациенты, обслуживаемые по контракту, имеют такой же набор услуг, но «качество выше» из-за предпочтительного выбора диагностических тестов, медикаментов и лечения.

В январе 1996 года Центр предполагал перейти от оплаты за койко-дни к средней ставке по отделениям (девять категорий оплаты), но этого так и не произошло. Учреждение хочет в будущем попробовать работать с держателями фонда для оплаты ОП. В настоящее время 83% фондов поступают от ТФСМ и 17% от муниципального правительства (на капитальные нужды и медикаменты). Согласно сведениям главного врача глобальный бюджет, предоставленный Фондом, был на 20% ниже внутренних подсчетов.

В начале 1996 года был проведен анализ затрат для оценки сбережений, которые могли бы быть накоплены от снижений поступлений, предварительных осмотров перед поступлением и ненужных диагностических тестов, а также от направлений по «социальным случаям» к альтернативным наборам медицинской помощи. Предварительный анализ показал, что 7-10 % всех случаев были «социальные случаи», и они могли бы быть переведены на другие цели. Первоначальный анализ был расширен для оценки увеличений затрат в результате большего объема амбулаторной помощи и мощности.

По отчетам, сравнивая август-октябрь 1996 года с таким же периодом за 1995 год, результаты на сегодняшний день составили: доля затрат на амбулаторную помощь по сравнению со стационарной изменилась в положительную сторону, упав в больницах с 59.8 до 51.8% и увеличившись в поликлиниках с 38.9 до 46.9%. Дневной стационар остался на 1.3%. Поступления приблизительно одинаковы повсеместно - от 23.0 до 22.7 на 1,000 населения, но по некоторым типам случаев они снизились: по общей медицине с 2.7 до 2.3 на 1,000 населения, по неврологии с 2.7 до 2.4 на 1,000 населения. Ненужные поступления снизились от 2.6% от общего количества поступлений практически до нуля. СПП для всех случаев снизилась с 17.6 до 16.3 дней. По отчетам такая эффективность была достигнута путем уменьшения количества предоперационных дней в больнице в среднем на 3-4 дня и путем снижения дублирования анализов. Главный врач жалуется, что все еще много остается «социальных» поступлений, а он ограничен нерешительностью местных властей, следует ли ему перевести койки на высококвалифицированные медсестринские койки, или это будет сделано в ближайшей больнице.

Система поощрения врачей подобна тем, которые используются в Детской больнице и в Больнице / поликлинике №6, но они разработали дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как сниженное дублирование анализов, проведение анализов до поступления и увеличенное количество профилактических услуг.

Разработка СМИ началась в начале 1996 года «для увеличения оперативной эффективности и эффективности затрат». Сейчас это учреждение разработало компьютеризованную систему регистрации и ведения пациентов для проверок соответствия между поликлиникой и больницей. Разработано и проведено пробное тестирование системы компьютеризованного клинического учета на уровне пациента. Была создана электронная форма направлений. Учреждение выразило интерес и необходимость разработать и соединить системы клинических, административных и финансовых данных на уровне учреждения.

5.4 Район Вышний Волчок

Зона охвата населения в 1995 году составила 96,000 человек (160,000 человек, если учитывать внутрирайонные зоны направлений в центральное районное учреждение). Центральное районное учреждение насчитывает 500 больничных коек по общей медицине и острым заболеваниям (случаи сердечных и легочных заболеваний обычно направляются за пределы района). Здесь также есть поликлинический центр и центр здоровья женщин, учреждение насчитывает 1,000 персонала и 200 врачей. Кредит

Мирового банка профинансирует новый диагностический, консультативный и лечебный центр, который находится рядом с комплексом центрального районного учреждения. Сейчас в районе существует две частные стоматологические практики. Начиная с дискуссий в 1995 году, руководство района выразило желание о появлении семейных врачей и общих практиков с собственными кабинетами, не закрепленными за поликлиниками. Таковых еще нет в городской зоне, но в сельских районах существует несколько отдельных пунктов. Во всем районе насчитывается 300 врачей.

За 18 месяцев, в течение которых ЗдравРеформа работала в Твери, главный врач Центра выделил основные задачи, включая: 1) сокращение стационарных затрат; 2) достижение коэффициента затрат амбулатория / стационар - 60:40; 3) сокращение СПП до 10.5 дней в среднем; 4) перевод до-хирургических анализов в амбулаторные отделения; 5) направление меньшего количества пациентов в учреждения областного уровня; 6) снижение дублирования анализов; 7) увеличение использования фельдшеров для визитов на дому; 8) расширение использования вспомогательного персонала для амбулаторной / первичной медицинской помощи; и, 9) принятие новых процедур обследования и технологий лечения. С помощью консультантов из Кемерово район осуществил ряд анализов относительно поступлений (по скорой помощи и запланированных), потоков местных пациентов, затрат на амбулаторное и стационарное лечение.

В качестве проекта оплат были выбраны районные бюджеты на основе подушной оплаты, которые предоставили районам финансовую ответственность (и риск) для поддержания и улучшения состояния здоровья обслуживаемого населения в рамках данного бюджета. Этот бюджет на основе подушной оплаты был одобрен областным управлением здравоохранения и ТФСМ. Деньги находились в местном отделении Фонда. Все еще существуют интересы относительно полного объединения фондов; в настоящее время существует три отдельных счета.

Для того, чтобы распределить фонды из районного бюджета на основе подушной оплаты на медицинские учреждения, район проверял методы оплаты за амбулаторную и стационарную помощь. По стационарной помощи районные учреждения оплачиваются в соответствии со средней оплатой на случай для каждого отделения независимо от продолжительности пребывания с оплатой амбулаторной помощи свыше 20% в среднем. Больница заключила контракты с каждым из своих отделений. По амбулаторной помощи район разработал контракты с врачами и премиальные выплаты, равные основной зарплате. Главный врач обещает поощрительные выплаты и увеличение использования технологии (например, эндоскопия) со снижением СПП. К сожалению федеральные

нормативы не позволяют ему достаточно гибко решать вопросы приема на работу и увольнения персонала.

Контракты с ТФСМ и местной администрацией были отложены на конец 1996 года для решения вопросов о том, как платить за основные средства, какой «основной год» использовать в качестве основного периода для оценки глобального бюджета и, какие «гарантии» могут быть для отчетов в будущие годы. (Например, включены ли факторы инфляции, технологии и производительности и т.д.)

В начале 1997 года центральная районная больница закрывает 60 хирургических больниц и откроет новое амбулаторное крыло, хотя это событие будет зависеть от местного законодательства, обеспечивающего изменение нормативов труда. Доли затрат для амбулаторной и стационарной медицинской помощи для всех учреждений района изменились с 82% и 18% соответственно в 1995 году, до 73% и 22% в 1996 году. В 1996 году был установлен объем риска и 5% фондов были выделены для оплаты непредвиденных расходов. В дополнение, 15% были выделены для способствования большему использованию амбулаторной помощи. Для центральной районной поликлиники были разработаны индивидуальные глобальные бюджеты. Эти фонды распределяются на группы специалистов следующим образом: 15% на терапевтов, 13.5% на других специалистов, 6.5% на гинекологов и 50% на параклинические услуги. Был установлен объем премий в размере 3.5% для вознаграждений за снижение дублирования анализов и ненужных направлений.

Был разработан ряд долевого тариффов затрат для пациентов с целью способствования лучшей координации первичной медицинской помощи и направлений. Этот обход модели обычных направлений приобретает повышенную важность при новых стимулах глобального бюджета.

Качество медицинской помощи и система поощрения врачей похожи на те, которые используются в остальных экспериментальных учреждениях. Они разработали дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как соответствие целям СПП и снижение количества поступлений, ненужные поступления и дублирование анализов.

Шесть районных подкомиссий работали над процессом реформ и внедрением моделей. Тем не менее, это районное учреждение обычно приносит разочарования, а исторически высокие бюджеты, которые распределялись на эти учреждения, предполагают некоторые значительные ограничения в ближайшие месяцы и годы. Существует также частичная неразбериха в том, кто будет платить за направления в район и за пределы района и, какие правила оплаты будут регулировать этот набор отношений.

5.5 Кувшиновский район

Зона охвата населения района составила в 1995 году 23,000 человек. Центральная районная больница насчитывает 120 коек общего профиля и скорой помощи. Завершается строительство нового здания на 250 коек. Другие участвующие учреждения включают три участковых больницы, одну амбулаторную станцию и 15 фельдшерских постов.

В 1994 и 1995 годах около 83% бюджетных поступлений были получены от ТФСМ, 10% из областного бюджета и примерно 7% от платежей из «собственного кармана» (например, физические осмотры для новых сотрудников коммерческих предприятий).

В начале 1996 года был проверен ряд исследований для нахождения способов улучшения эффективности. Они были сосредоточены на: 1) ненужных направлениях; 2) дублировании анализов; 3) проверках до поступлений; 4) сниженной СПП; и 5) направлениях в обычные стационарные учреждения. Были определены потенциальные сбережения от этих изменений. В дополнение, были осуществлены анализы потоков пациентов внутри района и за его пределы, а также затраты на случай болезни по отделениям.

Была разработана модель внутрибольничного движения наличных для объединения фондов из основных источников (т.е. бюджет Областного управления здравоохранения, местной районной администрации, ТФСМ, контракты с отдельными работодателями и платежи «из собственного кармана»). *Важно то, что фонды будут собираться и удерживаться больницей.*

Этот район является лидером среди экспериментальных участков. У него есть действительно интегрированная база доходов для всего района, хотя новые методы оплаты внедряются только в центральной больнице и поликлинике. В будущем новые методы будут распространены во все учреждения района, но дата внедрения еще не определена. Если объемы амбулаторной и стационарной медицинской помощи не будут включать фельдшерские посты, то невозможно будет достичь повсеместной и амбулаторной медицинской помощи в сельских районах с точки зрения эффективности затрат.

В действительности поступления за 1996 год выше уровней 1995 года. Коэффициент затрат между стационарной и амбулаторной медицинской помощью изменился с 70% и 30% в 1995 году до 55% и 45% в 1996 году.

Сейчас существует три три объема поощрений или риска:

- один в 5%, в распоряжении главного врача,
- стационарный объем в 10%, и
- амбулаторный объем в 15%.

Амбулаторный объем премий будет использоваться для врачей, которые выполняют задачи относительно менеджмента посещаемости (проведение анализов до поступления, сниженное количество поступлений и направлений, профилактическая медицинская помощь, включая вакцинацию, медицинские результаты, планирование после-больничных выписок и т.д.). Стационарный объем будет предназначен для врачей и персонала больницы. Обе группы будут конкурировать за пропорционально имеющиеся в наличие фонды на их участие в менеджменте посещаемости больницы. Например, планирование после-больничной медицинской помощи и последующее наблюдение могут быть обязанностью медсестры или врача. Премии будут основываться на задачах относительно снижения СПП, предотвращения инфекций, сокращения предоперационных койко-дней, предотвращения повторных поступлений и т.д. Некоторая часть стационарных и амбулаторных фондов будет переведена на специальный счет для главных врачей с целью создания фонда, который будет распределяться на премии и покупку оборудования для всего района.

Система поощрения врачей имеет сходства с подобной в Детской больнице и больнице / поликлинике №6, но Кувшиновский район разработал дополнительные «положительные» показатели относительно менеджмента ресурсов, такие как сниженное дублирование анализов, предварительные анализы до поступления и увеличенное количество профилактических услуг. Премии врачам прежде всего распределяются на уровне отделения на основе услуг отделения. Затем деньги распределяются внутри отделения с помощью использования показателей. Премимальный коэффициент к средней зарплате в три раза больше (1.3 млн. руб. в сравнении со стандартной оплатой в 400,000 рублей). В среднем, зарплата врачей увеличилась на 31.3%, а медсестер - на 27.4%. Район является исключением по отношению к другим экспериментальным участкам в том, что касается снижения карательных штрафов и опоры на показатели на основе МЭС, а также движения в сторону использования только показателей улучшения качества.

Статистика за период с августа по октябрь 1996 года в сравнении с таким же кварталом за 1995 год показывает, что:

- поступления снизились на 11.5%;
- процент дневных коек увеличился с 0.4% до 8.0%;
- количество койко-дней на тысячу снизилось на 16.5%; и
- затраты на поступление снизились на 18.2%.

В районе есть один семейный врач и к концу 1997 года ожидается еще три таких врача, но на настоящий момент для этого не существует никаких особых поощрительных выплат или какого-либо подхода со стороны держателей фонда. Первоначально они будут получать более высокую зарплату; позже они попадут под категорию «риска», которая в настоящее время еще не определена.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Тверской области существует фрагментарное и неполное внедрение законодательства по федеральной реформе страхования, которой требуется канальные фонды от различных источников через единый счет, с которого производились бы все страховые и относящиеся к ним выплаты за услуги медицинской помощи. Хотя все больше и больше учреждений переходят под контроль ТФСМ, доля передаваемых Фондом ресурсов не возрастает на соответствующем уровне, потому что все еще существуют законы, которые требуют от министерств Здравоохранения и Финансов финансирования определенных бюджетных статей.

Реформы по проверке различных альтернатив платежей для районов и отдельных учреждений внедрялись нерегулярно. Большинство учреждений постепенно перешли к принятию и проверке районных бюджетов на основе подушной оплаты, глобальных бюджетов для городских больниц или некоторых форм оплаты на основе случая болезни. Глобальные бюджеты для экспериментальных учреждений разбиваются на периоды с переходом от 100-% исторических бюджетов к 100-% глобальным бюджетам на основе подушной оплаты примерно за период в пять лет, заканчивающийся в 1998 году. Все еще должны быть введены различные правила, например, как использовать глобальные бюджеты, когда предсказанные объемы отличаются от действительных объемов услуг, или как приспособить глобальные бюджеты со временем. В некоторых экспериментальных учреждениях глобальные бюджеты не были полностью профинансированы из-за недостаточности фондов.

Детская больница, всеобластной центр направлений, оплачивается в соответствии с выплатами за состав случаев болезни на уровне отделений. В то же время она предложила принять глобальный бюджет, но это было отклонено из опасений перед перемещением затрат. Предполагалось, что и больница/поликлиника №6 и №1 перейдут к какой-то форме системы на основе случая, но этого не произошло. В районе Вышний Волчок были внедрены районные бюджеты на основе подушной оплаты и пробует оплаты учреждениям, которые включают средние затраты на стационарный случай и контракты с амбулаторными врачами, но прогресс в этом направлении пока еще замедлен. Кувшиновский район достиг наибольшего прогресса в

реформе оплаты, так как фонды из области и Фонда объединяются, альтернативы оплаты проверяются в центральной районной больнице и поликлинике (хотя расписание на распространение во все больницы не было определено) и были выделены три фонда поощрения для способствованию лучшему менеджменту посещаемости.

Несмотря на неполное внедрение новых методов оплаты, экспериментальные учреждения извлекли пользу из новой управленческой автономии, которая сопровождает эти методы оплаты. Все еще остаются проблематичными различные трудовые правила, но нет гибкости в вопросах приема на работу и увольнения персонала, а также разработки и использования премиальных фондов. Ясно, что главные врачи и другие управленцы осознают новые возможности для проведения своих собственных реформ во внутреннем менеджменте и распределении ресурсов для максимального эффективного и продуктивного использования ограниченных фондов.

Подтверждение качества остается преимущественно ретроспективным и карательным по своей сути. Но Кувшиновский район избавился от карательных мер, а другие экспериментальные учреждения утверждают некоторые положительные способы улучшения качества, сосредотачивая внимание на механизмах менеджмента посещаемости, как например, снижение ненужных поступлений, дублирования анализов до поступлений и СПП, а также нахождение альтернатив для наборов стационарной медицинской помощи. Во всех экспериментальных учреждениях были достигнуты улучшения в менеджменте посещаемости.

Прогресс в сторону усиления финансовых и клинических аспектов первичной медицинской помощи чрезвычайно ограничен и замедлен. Больница/поликлиника №1 и район Вышний Волчок уделяют некоторое внимание планам на будущее по первичной медицинской помощи. В Кувшиновском районе непонятно, будет ли система первичной медицинской помощи включена в интегрированную систему доходов, как она должна быть.

Официальные лица Областного управления здравоохранения, менеджеры ТФСМ и медицинских учреждений осознают важность разработки СМИ, включая стандартный клинический и финансовый учет на уровне пациентов, поддерживаемый данными по менеджменту затрат на уровне учреждения, подтверждением качества и страхованием. Во всех экспериментальных учреждениях, кроме больницы/поликлиники №1, прогресс в компьютеризированных системах информации является медленным.